

**Aus dem Zentrum
für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung**

- Institut für Medizinische Psychologie -

Kommissarische Direktorin: Prof. Dr. Annette Becker



des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

Chronische Erkrankungen und religiöse Copingstrategien

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin

dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Caroline Fix

aus Mönchengladbach

Marburg, 2010

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg am: 24.06.2010

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereiches.

Dekan: Prof. Dr. M. Rothmund

Referent: Prof. Dr. Dr. H.-D. Basler

Korreferent: Prof. Dr. H. Vedder

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....
1 Theoretischer Hintergrund.....	1
1.1 Chronische Erkrankungen	1
1.1.1 Gemeinsame Merkmale chronisch erkrankter Patienten	1
1.1.2 Das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	1
1.1.3 Krankheitsbewältigung	4
1.1.4 Komorbidität psychischer Störungen bei chronischen Erkrankungen....	6
1.2 Religiosität	8
1.2.1 Begriffsbestimmung	9
1.2.2 Religiosität und psychische Gesundheit	10
1.2.3 Religiöses Coping	17
1.2.4 Erfassung religiösen Copings	22
1.3 Fazit	24
2 Zielsetzung	25
3 Methoden	28
3.1 Datenerhebung	28
3.2 Stichprobe	28
3.2.1 Soziodemographische Daten	29
3.2.2 Krankheitsbezogene Daten	29
3.2.3 Religionsbezogene Daten	30
3.3 Erhebungsinstrumente	31
3.3.1 Instrument zur Erfassung religiöser Copingstrategien (RCOPE)	32
3.3.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)	34
3.4 Statistische Analyse	36
3.4.1 Faktorenanalyse.....	36
3.4.2 Regressionsanalyse.....	37
3.4.3 Datenauswertung	40
4 Ergebnisse.....	41

4.1	Faktorenanalyse	41
4.1.1	Eigenwertkriterium	41
4.1.2	MAP-Test	42
4.1.3	Dimensionen des religiösen Copings	42
4.2	Reliabilitäten	46
4.3	Deskriptive Statistik	46
4.4	Bivariate Korrelationen zu religiösen Bewältigungsstrategien	48
4.4.1	Nonparametrische Korrelationen zu soziodemographischen Daten	48
4.4.2	Nonparametrische Korrelationen zur Anzahl der Diagnosen	49
4.4.3	Partialkorrelationen	50
4.5	Multiple Regressionsanalyse	52
4.5.1	Stichprobeneignung	52
4.5.2	Bivariate Korrelationen zwischen den Prädiktoren	53
4.5.3	Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse	53
4.5.4	Überprüfung der Voraussetzungen des linearen Regressionsmodells	55
4.5.5	Explorative Ergebnisdarstellung einzelner Prädiktoren	58
5	Diskussion	61
5.1	Stichprobe	62
5.2	Methode	63
5.3	Interpretation der Ergebnisse	65
5.4	Implikationen für die klinische Praxis	68
6	Zusammenfassung	70
7	Literaturverzeichnis	72
Anhang		81
Anhang A		82
Anhang B		90
Tabelle B 1		90
Tabelle B 2		91
Tabelle B 3		96
Tabelle B 4		97
Anhang C		98

1 Theoretischer Hintergrund

In der vorliegenden Arbeit geht es um die Untersuchung religiöser Bewältigungsstrategien (Copingstrategien) bei chronisch erkrankten Patienten und deren Bedeutung für das Erleben von Depressivität.

1.1 Chronische Erkrankungen

1.1.1 Gemeinsame Merkmale chronisch erkrankter Patienten

Chronische Erkrankungen nehmen in der Gruppe der somatischen Erkrankungen auf Grund ihrer Langfristigkeit und der speziellen Anforderung an die eigene Krankheitsbewältigung eine besondere Rolle ein (Helmes, Schumacher & Bengel, 2007). In Deutschland sind mit mehr als zehn Millionen chronisch erkrankter Patienten viele Menschen von diesem Thema betroffen (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2003). Erkrankungen dieser Art, wie z.B. Diabetes mellitus, Multiple Sklerose oder Koronare Herzerkrankung, haben meist einen schlecht vorhersehbaren Verlauf und wirken sich auf viele verschiedene Lebensbereiche der Patienten aus. Durch die Diagnosestellung einer chronischen Erkrankung können bei dem betroffenen Patienten existentielle Fragen aufgeworfen werden. Da oft eine vollständige Heilung als nicht wahrscheinlich angenommen werden kann, geht es beim Umgang mit der Erkrankung zentral um die Frage nach persönlicher Akzeptanz und individueller Integration in das eigene Lebenskonzept.

1.1.2 Das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Im Rahmen von Forschungsansätzen der vergangenen Jahre und Untersuchungen zu Patienten mit chronischen Erkrankungen zeigt sich zunehmend eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Gesundheitszustandes von Patienten (Ravens-Sieberer, 2001). Es werden nicht mehr nur physisch eindeutige Endpunkte

wie eine Besserung der Symptomatik oder die Verlängerung der Überlebenszeit betrachtet, sondern auch psychische, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens in die Beurteilung der Gesundheit mit einbezogen. Diese Sichtweise entspricht auch der Definition von Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation, die besagt, dass "Gesundheit ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht allein das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen ist" (WHO, 1946). Dabei wird der subjektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes durch den Patienten selber eine große Bedeutung eingeräumt. Für diese um die psychosoziale Komponente erweiterte subjektive Wahrnehmung von Gesundheit hat sich der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität etabliert (health related quality of life; HRQOL; Bullinger, 1997). Dieser wird im Folgenden näher erläutert und in die gedanklichen Ansätze dieser Arbeit integriert.

Mit dem Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird insgesamt ein komplexes Gefüge aus Aspekten des subjektiven Erlebens und Verhaltens von Patienten in Bezug auf ihre Erkrankungen, deren Therapien und den Ergebnissen medizinischer Behandlungen beschrieben. Nach Ravens-Sieberger (2001) lässt sich gesundheitsbezogene Lebensqualität als psychologisches Konstrukt über die Komponenten des zugrunde liegenden theoretischen Konzeptes operational erfassen. Zu diesen Komponenten zählen die körperliche Verfassung (z.B. Mobilität, körperliche Beschwerden, Ausdauer und Energie), das psychische Befinden (z.B. Abwesenheit von Depression und Ängstlichkeit, Ausgeglichenheit), die sozialen Beziehungen (z.B. Art und Anzahl sozialer Kontakte zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten) und die funktionale Kompetenz (z.B. Leistungsfähigkeit im Beruf). Über die Dimensionen einer operationalen Definition der gesundheitlichen Lebensqualität besteht national und international Übereinkunft (Bullinger, 1997). Eine solche operationale Definition besagt, dass gesundheitsbezogene Lebensqualität als ein multidimensionales Konstrukt zu verstehen ist, welches körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus Sicht der Patienten und/oder ihrer Beobachter beinhaltet (Bullinger, 1991). Mit dieser Definition wird besonders die Wichtigkeit der subjektiven Angaben der Patienten über ihre Befindlichkeit betont, da nur sie selbst als Experten hierüber Auskunft geben können (Bullinger,

1991). Nach Ravens-Sieberer (2001) kann die Bemühung, die Wahrnehmungen, Einstellungen sowie die Befindlichkeit des Patienten in den Mittelpunkt des Interesses zu rücken, als ein konkretes Ziel der Lebensqualitätsforschung benannt werden.

Individuelle Einflussgrößen wie Wahrnehmung und Verarbeitungsweisen spielen eine wichtige Rolle bei der Beeinflussung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch Erkrankung und Behandlung (Bullinger, 1997). Nach Schipper, Clinch und Olweny (1996) ist diesbezüglich sogar zu hinterfragen, inwieweit kognitive Informationsverarbeitungsprozesse wie z.B. spezifische gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen oder kognitive Formen der Krankheitsbewältigung die subjektiven Äußerungen der Patienten zur Lebensqualität mehr beeinflussen als die betrachteten medizinischen Behandlungen selbst.

Im angloamerikanischen Sprachraum wird zunehmend auch der Lebensbereich „Spiritualität/Religiosität“ als eine weitere Komponente in die Lebensqualitätsforschung miteinbezogen (Zwingmann, 2005). Dieser Bereich wird von den Patienten selbst als ein wichtiger Aspekt ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität benannt, der eine bedeutsame Ressource zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse darstellt und somit von klinischer Nützlichkeit ist (Mytko & Knight, 1999). Es konnte empirisch nachgewiesen werden, dass die Erhebung der Dimension *Spiritualität/Religiosität* zusätzliche Informationen bezüglich der Selbsteinschätzung von Patienten erbringt, die sich mit anderen Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (z.B. psychisches Empfinden) nicht überschneiden (Brady, Petermann, Fitchett, Mo & Cella, 1999).

Tarakeshwar, Vanderwerker, Paulk, Pearce, Kasl und Prigerson (2006) untersuchten diesbezüglich an einer Stichprobe von 170 Krebspatienten den Zusammenhang zwischen positiven sowie negativen religiösen Copingstrategien und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Sie konnten mit dieser differenzierten Untersuchung zeigen, dass die häufigere Anwendung positiver religiöser Copingstrategien mit einer besseren Lebensqualität einhergeht. Im Gegensatz dazu war die häufigere Anwendung negativer religiöser Copingstrategien mit einer geringeren Lebensqualität assoziiert.

Nach Einschätzungen von Zwingmann (2005) liegen aus Deutschland erst wenige einschlägige Untersuchungen zum Bereich Spiritualität/Religiosität als Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vor. Dabei steht in den verschiedenen Operationalisierungsansätzen nicht die Intensität des persönlichen Glaubens, sondern vielmehr die Bewältigung einer Erkrankung mit Hilfe von Spiritualität/Religiosität im Vordergrund (Zwingmann, 2005).

In dieser Arbeit wird das multidimensionale Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität indirekt über die Erfassung einzelner Komponenten mittels verschiedener Instrumente betrachtet. So wird die Dimension des psychischen Befindens mit der HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale (Hermann & Buss, 1994) – über die Abwesenheit von Depression und Angst gemessen. Die Komponente der Spiritualität/Religiosität als ein individueller Ansatz im Bereich der Krankheitsverarbeitung wird mit der deutschsprachigen Version des RCOPE-Instrumentes (Lehr, Fehlbeg, Hess & Fix, 2007) differenziert erfasst.

1.1.3 Krankheitsbewältigung

Viele Personen sind auf unterschiedlichen Ebenen an dem Versuch beteiligt, die gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch erkrankter Patienten zu erhalten. Hierbei sind unter anderem die behandelnden Ärzte, die Familie sowie Freunde und Bekannte, aber auch der Betroffene selbst zu nennen. Coping als eine Strategie, seine Lebensqualität im Sinne eines erträglichen Umganges mit der Erkrankung zu bewahren, findet dabei auf dieser letztgenannten individuellen Ebene der betroffenen Person statt. Es sind hierunter unterschiedliche Regulationsprozesse zu verstehen, die Menschen einsetzen, um die gestörte Subjekt-Umwelt-Beziehung, die auf Grund einer Lebenskrise entstanden ist, wieder in ein neues Gleichgewicht zu bringen.

Im Rahmen des von ihnen entwickelten transaktionalen Stressmodells definieren Lazarus und Folkman (1984) *Coping* als Gedankengänge und Verhaltensweisen, die Menschen anwenden, um die internen und externen Anforderungen an eine von ihnen als belastend empfundene Situation zu bewältigen. Es werden hierunter sowohl kognitive als auch verhaltensbezogene Bemühungen einer Person verstanden, mit den Situationen umzugehen, die ihre aktuellen persönlichen

adaptiven Ressourcen übersteigen. Lazarus und Folkman (1984) erachten die subjektive Bewertung einer Situation durch die betroffene Person als wesentlich für die empfundene Belastung. Dies bedeutet, dass nicht durch die Beschaffenheit einer Situation festgelegt wird, wie der Betroffene auf diese reagiert oder sich anpasst. Vielmehr wird durch die individuelle Wahrnehmung und kognitive Bewertung einer Situation sowie durch Bewältigungsressourcen, auf die zurückgegriffen wird, bestimmt, wie ein Mensch mit unterschiedlichen Anforderungen umgeht. So können die gleichen Situationen oder Ereignisse bezüglich ihrer Belastungspotentiale von verschiedenen Individuen unterschiedlich empfunden und bewertet werden. Zu den Copingressourcen, die auf diesen Prozess positive Auswirkungen haben, gehören eine optimistische Grundeinstellung, das Gefühl der Beherrschbarkeit und Selbstkontrolle, eine hohe Selbstachtung sowie das Erleben von sozialer Unterstützung (Taylor & Stanton, 2007).

In der Copingforschung werden zwei Formen der Stressbewältigung unterschieden: Beim *problemorientierten Coping* wird versucht, die gestörte Subjekt-Umwelt-Beziehung durch aktive Einflussnahme auf die Umwelt oder auf sich selbst zu modifizieren. Das *emotionsorientierte Coping* ist hingegen darauf ausgerichtet, die durch die Situation entstandenen Emotionen zu regulieren, ohne sich direkt mit der Ursache auseinanderzusetzen (vgl. Lazarus & Folkman, 1984).

Nach Franke, Jagla, Salewski und Jäger (2007) gilt dieser transaktionale Ansatz von Lazarus und Folkman (1984) auch heute noch als das derzeit aktuellste Copingmodell. Er bildet die theoretische Grundlage des Zusammenhangs zwischen den Komponenten Stress, Krankheit und Bewältigung. Bei diesem Konzept ist vor allem der prozesshafte Charakter der wechselseitigen Beziehung zwischen Person und Umwelt hervorzuheben, wonach Coping immer die Reaktion auf eine als stresshaft erlebte Belastung darstellt (Lazarus, 2000).

Chronische Erkrankungen gehören zu den Lebenssituationen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit von vielen Menschen als schwierig, belastend und stresserzeugend empfunden werden (Franke et al., 2007). Dabei stellt die Diagnose einer chronischen Erkrankung zahlreiche Anforderungen an die Betroffenen, sowohl physischer als auch psychischer Art. *Krankheitsbewältigung* wird diesbezüglich nach Lazarus und Folkman (1984) definiert als das individuelle Verhalten eines Patienten, welches von ihm eingesetzt wird, um bereits bestehende oder erwartete

krankheitsbedingte Anforderungen, Belastungen und Probleme zu überwinden, zu lindern oder zu tolerieren. Nach Einschätzung von Franke und Kollegen (2007) steht die individuelle Art des Umgangs mit einer Erkrankung in Zusammenhang mit der Compliance, dem Wohlbefinden, dem Gesundheitszustand und der sozialen und berufsbezogenen Funktionsfähigkeit der Patienten. Demnach sind Kenntnisse über die Formen ihrer Krankheitsbewältigung grundlegend für das Verständnis der Lebenssituation der einzelnen Betroffenen. In der engen Verknüpfung zur subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität kann schließlich auch die klinische Bedeutung der Copingstrategien gesehen werden (Felton, Revenson & Hinrichsen, 1984).

1.1.4 Komorbidität psychischer Störungen bei chronischen Erkrankungen

Komorbide psychische Störungen sind signifikant gehäuft auftretende Begleiterscheinungen bei Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen (Baumeister, Höfler, Jacobi, Wittchen, Bengel & Härter, 2004). Dabei scheint es komplexe Wechselwirkungen zwischen psychischen Störungen und chronischen körperlichen Erkrankungen zu geben. So kann zum Beispiel eine depressive Störung als Reaktion auf die belastende Situation einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung auftreten oder das Risiko einer späteren koronaren Herzerkrankung durch das prämorbid Vorliegen einer Depression erhöht sein. Nach Angaben von Kapfhammer (2005) sind diese psychischen Begleitumstände in ein miteinander interagierendes Bedingungsgefüge von somatischer Erkrankung, angewandten Behandlungsmaßnahmen und individuellen Bewältigungsressourcen eingebettet. Zudem besteht ein enger Zusammenhang zu Chronizität, Schwere und Prognose der vorliegenden körperlichen Erkrankung.

Das gemeinsame Vorkommen von somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen überrascht nicht, wenn die Häufigkeit von chronischen körperlichen Erkrankungen (z.B. im Bereich der muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen) und psychischen Störungen, insbesondere von ängstlichen und depressiven Syndromen, in der Allgemeinbevölkerung betrachtet wird (Kapfhammer, 2005).

In zahlreichen Studien wurde in den letzten Jahren insbesondere bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen das Vorhandensein komorbider depressiver Störungen untersucht. Hinsichtlich der Prävalenzraten für aktuell bestehende psychische Störungen konnten Baumeister und Kollegen (2004) für Patienten mit chronischen Herz-Kreislaufserkrankungen zeigen, dass diese deutlich über denen der Allgemeinbevölkerung liegen. Ferner belegen viele internationale Studien einen unzweifelhaften Einfluss von depressiven Störungen auf die Mortalität von Patienten mit koronarer Herzerkrankung (Übersicht bei Barth, Schumacher & Herrmann-Lingen, 2004, S. 804-805). So ist meta-analytisch das Mortalitätsrisiko um den Odds Ratio-Wert von 2.24 (KI (95%) = 1.37-3.60) erhöht, wenn depressive Symptome nach Diagnosestellung einer koronaren Herzerkrankung vorliegen (Barth et al., 2004).

In unterschiedlichen epidemiologischen Untersuchungsansätzen wurde einerseits der Zusammenhang zwischen psychischen Symptomen (insbesondere Angst und Depressivität) und dem Risiko einer späteren koronaren Herzerkrankung und andererseits die Assoziation komorbider depressiver Störungen mit dem Auftreten eines Myokardinfarktes bzw. dessen Überlebenswahrscheinlichkeit erforscht (Barth et al., 2004; Carney & Freedland, 2003). Carney und Freedland (2003) konnten diesbezüglich in ihrer Studie zeigen, dass sich das relative Risiko, eine kardiovaskuläre Erkrankung zu erleiden oder an einem koronaren Ereignis zu versterben, bei Patienten mit prämorbid vorhandenen Depressionssymptomen erhöht. Patienten mit manifester kardiovaskulärer Erkrankung und zusätzlich erhöhter Depressivität zeigen im Vergleich zu Patienten ohne das Vorhandensein einer komorbiden depressiven Erkrankung eine statistisch erhöhte Wahrscheinlichkeit, in den Folgemonaten nach dem Infarkt ereignis zu versterben (Barth et al., 2004).

Nach Angaben von Baumeister, Balke und Härter (2005) sind Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems bei Vorliegen einer komorbiden depressiven Störung außerdem mit einem Rückgang der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbunden. Auch schlechtes körperliches Empfinden, eine verminderte Leistungsfähigkeit und eine reduzierte Lebensqualität können in Folge von komorbiden depressiven Symptomen bei Patienten mit kardiologischen Erkrankungen auftreten (Herrmann-Lingen, 2001). Dabei konnte in einer

Untersuchung von Fittig, Schweizer und Rudolph (2007) gezeigt werden, dass eine depressive Symptomatik bei chronisch erkrankten Patienten einen Einfluss auf die individuellen Formen der Krankheitsbewältigung und auf die Variable der subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützung hat. Diese beiden Komponenten können ihrerseits wiederum als Mediatoren für eine geringere Lebenszufriedenheit benannt werden.

1.2 Religiosität

Die Frage nach religiösen und spirituellen Überzeugungen im Rahmen von Gesundheitserhalt und Krankheitsverarbeitung gewinnt in der empirischen Forschung zunehmend an Bedeutung. Im angloamerikanischen Sprachraum begann die Forschung zur Beziehung zwischen Religiosität und Gesundheit bereits in den 1960er Jahren, wobei Quantität und Qualität der Untersuchungen erst in den 1990er Jahren zunahmen (Miller & Thoresen, 2003).

In diesem Kontext sei insbesondere Kenneth Pargament erwähnt, der mit seiner Forschungsgruppe durch die Formulierung spezifischer religiöser Copingstrategien zahlreiche Studien auf dem Gebiet des *Religious Coping* initiierte (vgl. z.B. Pargament, 1997; Pargament, Koenig & Perez, 2000; Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998a; Pargament, Zinnbauer, Scott, Butter, Zerowin & Stanik, 1998b). In diesem Zeitraum nahm auch die Forschung zur Beziehung zwischen Religiosität und Gesundheit in Deutschland verstärkt zu (Miller & Thoresen, 2003). Bei einer vergleichenden Gegenüberstellung der deutschen mit der amerikanischen Situation gilt es jedoch zu beachten, dass in den USA allgemein geteilte religiöse Überzeugungen und Aktivitäten deutlich stärker vorhanden sind und dort zudem offener kommuniziert werden als in Deutschland (Klein & Albani, 2007). Hingegen ist über die Charakteristik von Religiosität und deren Bedeutung für den Umgang mit Krankheit bei deutschen Patienten bislang wenig bekannt (Büssing, Ostermann & Koenig, 2007). So lassen sich die in amerikanischen Studien gefundenen Beobachtungen und Ergebnisse nicht einfach auf andere Länder übertragen (Büssing et al., 2009).

1.2.1 Begriffsbestimmung

Angesichts der zahlreichen unterschiedlichen und stark individuellen Erscheinungsformen der Phänomene *Religiosität* und *Spiritualität* ist es schwierig, diese beiden zu definieren und eindeutig voneinander abzugrenzen. So ist nach Einschätzung von Pohl (2006) der Prozess der Konzeptbildung in diesem relativ jungen Forschungsbereich noch nicht abgeschlossen. Im Allgemeinen wird Spiritualität als breiteres und der Religiosität übergeordnetes Konstrukt aufgefasst.

Pargament (1997) definiert *Religion* „as a search for significance related to the sacred“ (S. 32). Der Ausdruck *Religiosität* kennzeichnet nach Möller und Reimann (2003) ein auf das jeweilige Glaubenssystem bezogenes Bewusstsein, Erleben und Verhalten. Es wird hierunter die Übernahme von Glaubensüberzeugungen sowie die Teilnahme an Aktivitäten und Ritualen einer organisierten Religionsgemeinschaft mit ihrem spezifischen Normen- und Wertesystem verstanden (Mytko & Knight, 1999). Dabei haben nach Huber (2003) Angaben zur Religionszugehörigkeit nur eine begrenzte Aussagekraft über die persönliche Bedeutung von Religiosität, welche daher keine Rückschlüsse auf individuelle Inhalte religiöser Überzeugungen, Aktivitäten und Erfahrungen zulassen.

Allport und Ross (1967) unterscheiden im Rahmen ihres zweidimensionalen Motivationskonzeptes religiöser Orientierung zwischen *intrinsisch* und *extrinsisch motivierter Religiosität*, d.h. zwischen verinnerlichter Religiosität und religiösen Verhaltensweisen, die sich primär an gesellschaftlichen Normen orientieren. Als extrinsisch gläubig werden Personen charakterisiert, deren Glauben eine instrumentalisierte Funktion erfüllt (z.B. die Sicherung sozialer Kontakte, das Erleben von sozialer Anerkennung). Intrinsisch motivierte Gläubige führen dagegen ein verinnerlichtes Glaubensleben, das weitgehend alle ihre Lebensbereiche umfasst. Murken (1998) weist jedoch kritisch daraufhin, dass dieses Konzept nicht einfach auf die deutsche Situation übertragen werden kann, da in Deutschland eine geringere Anzahl an extrinsisch motivierten Gläubigen existiere.

Mit dem Begriff der *Spiritualität* wird ein als subjektiv erlebter Sinnhorizont beschrieben, der sich sowohl innerhalb als auch außerhalb traditioneller Religiosität befinden kann. Dieser Horizont umfasst Einstellungen, Verhaltensweisen und eine

Lebensführung, durch welche die transzendente Erfahrung des „All-Einen“ angestrebt wird (Möller & Reimann, 2003).

Aus methodologischer Sicht lassen sich die Phänomene Religiosität und Spiritualität nach Angaben von Miller und Thoresen (2003) als latente psychologische Konstrukte mit mehreren Dimensionen verstehen. Aufgrund uneinheitlicher Definitionen und der Vielzahl unterschiedlicher Bedeutungen erweist sich folglich auch der Versuch einer Operationalisierung dieser beiden Konzepte als schwierig.

1.2.2 Religiosität und psychische Gesundheit

Religiosität und Depressivität sind beides Konstrukte, die auf einer individuellen Erlebens- und Verhaltensebene zu erfassen sind. Sie stellen mehrdimensionale und damit komplexe Phänomene dar, die sehr variabel operationalisiert werden (Schowalter & Murken, 2003). So ist festzustellen, dass in verschiedenen Untersuchungen zum Thema Religiosität jeweils unterschiedliche Dimensionen und Aspekte des Konstruktes betrachtet werden. Smith, McCullough und Poll (2003) differenzieren diesbezüglich sieben Kategorien in der Operationalisierung von Religiosität: (1) = *religiöses Verhalten* (z.B. Häufigkeit der Kirchenbesuche oder des Gebets), (2) = *religiöse Einstellungen und Überzeugungen* (z.B. religiöse Werte, Wichtigkeit von Religion im Leben), (3) = *religiöse Motivation* (intrinsisch versus extrinsisch; vgl. Allport & Ross, 1967), (4) = *religiöses Coping* (vgl. Pargament et al., 2000), (5) = *religiöses Wohlbefinden* (z.B. das Gefühl, in einer persönlichen Verbindung mit Gott zu stehen; vgl. Ellison, 1983), (6) = *individuelles Gotteskonzept* (positives versus negatives Gottesbild), (7) = *multidimensionales Verständnis von Religiosität* (Erfassung von mehr als einer der zuvor genannten Kategorien in Kombination). Diese Heterogenität erschwert den Vergleich und die Einordnung unterschiedlicher empirischer Studien und sollte stets bei einer vergleichenden Ergebnisdiskussion berücksichtigt werden (Smith et al., 2003).

1.2.2.1 Studienergebnisse

Zahlreiche empirische Untersuchungen weisen auf eine Assoziation zwischen religiösen Überzeugungen und psychischer Befindlichkeit hin. Sie wurden in den

letzten Jahren vermehrt in systematischen Übersichtsarbeiten berücksichtigt (vgl. Hackney & Sanders, 2003; Koenig & Larson, 2001; Smith et al., 2003).

Die Ergebnisse einer Meta-Analyse von Smith und Kollegen (2003), in die 147 voneinander unabhängige Studien mit insgesamt 98 975 Probanden eingeschlossen wurden, postulieren, dass Religiosität tendenziell mit einer geringeren Ausprägung an depressiven Symptomen einhergeht. Religiosität ist demzufolge mit einem niedrigeren Ausmaß an Depressivität assoziiert. Der gefundene Zusammenhang wird dabei nicht durch die Variablen Lebensalter, Geschlecht oder ethnologische Gruppenzugehörigkeit vermittelt. Es konnte ferner gezeigt werden, dass die nachgewiesene Assoziation in Untersuchungen, in denen Probanden eingeschlossen wurden, die sich aktuell im Bewältigungsprozess eines belastenden Life-Events befanden, deutlicher ausgeprägt ist. Der protektive Effekt des Phänomens Religiosität scheint demnach für Menschen mit einem höheren Stressniveau stärker zu sein ($r = -.15$) als für Menschen, die geringen Stress erleben ($r = -.07$). Die Autoren vermuten, dass religiöse Überzeugungen Menschen vor dem Auftreten depressiver Symptome schützen können, indem diese ihnen helfen, die mit kritischen Lebensereignissen assoziierten psychologischen Stressphasen besser von sich abwenden zu können.

Hackney und Sanders (2003) untersuchten 34 Studien der vergangenen 12 Jahre hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Religiosität und psychischer Befindlichkeit mit meta-analytischen Methoden. Sie konnten zeigen, dass Religiosität mit weniger Stress, höherer Lebenszufriedenheit und persönlicher Selbstaktualisierung korreliert. Es wurden hierbei die nachstehenden drei Dimensionen von Religiosität unterschieden: (1) *Institutionalisierte Religiosität* beinhaltete soziale Aktivitäten und religiöse Praktiken, (2) *Ideologische Religiosität* fasste religiöse Überzeugungen zusammen und (3) *Frömmigkeit* meinte die Hingabe und emotionale Bindung an einen Gott. Die Autoren stellten fest, dass die Stärke der Beziehung zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit zum einen vom Grad der Frömmigkeit und zum anderen vom Ausmaß des Bemühens um psychische Gesundheit abhängt. Unter der Dimension *Frömmigkeit* wurden in dieser Studie Religionsdefinitionen zusammengefasst, die sich auf persönliche Glaubensaspekte bezogen und die Ausprägung intrinsischer religiöser Aspekte wie z.B. Hingabe und emotionale Bindung an einen Gott beschrieben. Für diese

Kategorie konnten die stärksten Zusammenhänge zur psychischen Gesundheit nachgewiesen werden ($r = .32$).

Auch die in einer Übersichtsarbeit zur Bedeutung von Religiosität für die psychische Gesundheit von Klein und Albani (2007) dargestellten Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Phänomen der Religiosität eine potentielle Gesundheitsressource darstellen kann. Die Befunde wurden in diesem Zusammenhang vor allem für hochreligiöse Menschen beobachtet.

In Anlehnung an das zweidimensionale Modell von Pargament und Kollegen (1998a), in welchem positive (funktionale) und negative (dysfunktionale) religiöse Copingstrategien voneinander differenziert werden, kommen auch Rippentrop, Altmaier, Chen, Found und Keffala (2005) in ihrer Studie mit 122 Schmerzpatienten zu dem Ergebnis, dass Religiosität sich sowohl positiv als auch negativ auf die psychische Gesundheit auswirken kann. Die Autoren konnten zeigen, dass beständige spirituelle/religiöse Überzeugungen, das Gefühl der Vergebung, die Unterstützung durch eine Glaubensgemeinschaft sowie das Erleben intrinsischer Religiosität als protektive Faktoren gegen psychisches Unwohlsein angesehen werden können. Im Gegensatz dazu können negative religiöse Bewältigungsstrategien das Erleben von psychischem Wohlbefinden behindern.

Murken (1998) unterscheidet in seiner Arbeit zum Zusammenhang von Gottesbeziehung und psychischer Gesundheit ebenso zwischen positiv erlebter Religiosität und negativer Gottesbeziehung und kommt hierbei zu jeweils unterschiedlichen Ergebnissen. Er konzeptualisiert Religiosität als einen Beziehungsprozess und berücksichtigt personale und soziale Ressourcen als intermittierende Variablen psychischer Gesundheit. In seiner durchgeführten Untersuchung konnte kein Zusammenhang zwischen den Dimensionen einer positiv erlebten Religiosität (*Gottes Verhalten: Hilfreich und unterstützend, positive Gefühle gegenüber Gott, Hilfe durch Gebet und Meditation*) und verschiedenen Maßen psychischer Gesundheit nachgewiesen werden. Demgegenüber zeigten sich deutliche Zusammenhänge zwischen einer negativen Gottesbeziehung (*negative Gefühle gegenüber Gott*) und psychischer Gesundheit, insbesondere auf der Ebene personaler Ressourcen. Hierbei korreliert eine negative Selbstwahrnehmung mit negativen Gefühlen und Gedanken gegenüber Gott. Negative Gefühle gegenüber Gott stehen wiederum in direkter Beziehung zu Maßen psychischer Gesundheit.

Folglich kann negativ erlebte Religiosität als ein Vulnerabilitätsfaktor angesehen werden, der mit Einschränkungen personaler Ressourcen und psychischer Gesundheit korreliert (Murken, 1998).

Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari und Pargament (2001) betrachten in einem Übersichtsartikel zur Epidemiologie des religiösen Copings die einzelnen Dimensionen religiöser Bewältigungsstrategien hinsichtlich ihrer Bedeutung für das Erleben von Depressivität. Positive religiöse Copingstrategien wie die *Suche nach Unterstützung im Glauben*, das *Ausdrücken spiritueller Zufriedenheit*, das *Erleben von Unterstützung durch die Gemeinde*, eine *wohlwollende Neubewertung des belastenden Ereignisses* und eine *kooperative Partnerschaft mit Gott* sind demnach generell assoziiert mit dem geringsten Ausmaß an depressiven Symptomen. Mit Ausnahme der Komponenten *religiöse Verleugnung* und *Teilnahmslosigkeit* (Pargament et al., 1998b) korrelieren negative religiöse Copingstrategien wie die *Unzufriedenheit im Glauben*, *interpersonale religiöse Konflikte*, eine *negative Neubewertung der Stresssituation* und ein *selbstbestimmter Copingstil* mit mehr Depressivität. Diese Befunde konnten sowohl für eine Stichprobe in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Pargament et al., 1998b) als auch für Untersuchungen an verschiedenen Patientenkollektiven (vgl. Koenig, Pargament & Nielsen, 1998; Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn, 2004) erhoben werden.

In der ersten europäischen Längsschnittstudie zum Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit untersuchten Braam, Hein, Deeg, Twisk, Beekman und Van Tilburg (2004) die Bedeutung öffentlicher religiöser Teilnahme für das Erleben von Depressivität an einer Stichprobe älterer niederländischer Probanden (N = 1 840). Sie konnten zeigen, dass regelmäßige Kirchenbesuche mit einem geringeren Ausmaß an depressiven Symptomen während des Follow-Up assoziiert sind. Diese Assoziation blieb auch nach einem Abgleich der soziodemographischen Daten und der Variablen physische Gesundheit, soziale Unterstützung und Alkoholkonsum konstant.

In einer deutschen Studie zum Einfluss von Religiosität und Sense of Coherence auf das Erleben psychischer Gesundheit konnten Tagay, Erim, Brähler und Senf (2006) keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Religiosität und Variablen der psychischen Gesundheit nachweisen. Vielmehr schlussfolgerten sie in Anlehnung an die salutogenetische Theorie von Antonovsky (1993), dass das Konzept des

Sense of Coherence als ein relevanter protektiver Faktor für die psychische Gesundheit bewertet werden kann. *Sense of Coherence* (= *Kohärenzgefühl*) meint die Wahrnehmung einer Person, ihre innere und äußere Welt als strukturiert, vorhersehbar und verstehbar betrachten zu können. Es wird damit der Grad des Vertrauens darin ausgedrückt, dass Veränderungen im Leben einer Person sinnhaft und handhabbar sind (Antonovsky, 1993). Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass in dieser Untersuchung das Konstrukt Religiosität nur mit zwei Items erfasst wurde, womit die Autoren in ihrer Erhebung keinesfalls der Multidimensionalität dieses Konstruktes gerecht werden.

1.2.2.2 Theoretische Erklärungsansätze

Nach einer Einschätzung von Schowalter und Murken (2003) ist zu den komplexen Wirkungszusammenhängen, durch die ein positiver Einfluss von Religiosität auf die psychische Gesundheit erklärt werden kann, bisher erst wenig bekannt. Nach Angaben von Smith und Kollegen (2003) ist für die empirische Erforschung der Assoziation zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit die Identifikation von Mediatorvariablen von großer Bedeutung. Diese gestaltet sich jedoch aufgrund der Tatsache, dass beide Konstrukte, sowohl Religiosität als auch Depressivität, durch zahlreiche unterschiedliche bio-psycho-soziale Faktoren beeinflusst werden, als schwierig. Des Weiteren ist zu bedenken, dass die jeweiligen Korrelationen der Phänomene Religiosität und Depressivität mit denjenigen Variablen, die diese Phänomene beeinflussen, in der Regel nicht nur in eine Richtung verlaufen. Vielmehr stellen sie komplexe wechselseitige Zusammenhänge dar (Braam et al., 2004; Smith et al., 2003).

Die explanativen theoretischen Ansätze lassen sich grob in zwei Hauptgruppen unterteilen (Chatters, 2000; Ellison & Levin, 1998). Die erste Gruppe beinhaltet Faktoren, die sowohl Religiosität als auch Depressivität beeinflussen. Dazu zählen Variablen wie z.B. physische Gesundheit, soziale Integration, individuelle Charaktereigenschaften oder genetische Prädispositionen. Zu der zweiten Gruppe werden Faktoren gezählt, die als Mediatoren in der Beziehung zwischen Religiosität und Depressivität gelten. Durch das Phänomen Religiosität werden dabei Prozesse angeregt, die das Aufkommen depressiver Symptome beeinflussen. Es werden hierunter verschiedene Variablen wie z.B. gesunde Lebensführung, soziale

Unterstützung, positive Gedankenstrukturen (Hoffnung und Optimismus) und positive Emotionen zusammengefasst.

In diese letztgenannte Gruppe möglicher Mediatoren lassen sich auch die nachstehend aufgeführten Überlegungen von Murken (1997) zu zugrunde liegenden Wirkungszusammenhängen einordnen. Er differenziert dabei sechs theoretische Erklärungsansätze. Die einzelnen Theorien akzentuieren jeweils eine andere Perspektive. Folglich schließen sie sich gegenseitig nicht aus. Schowalter und Murken (2003) weisen jedoch zu Recht darauf hin, dass der Prozess der empirischen Fundierung solcher Modelle gerade erst begonnen hat.

1. Theorie der sozialen Unterstützung/Kohäsionshypothese

Das Erleben von sozialer Unterstützung und Zugehörigkeit zu einer Gruppe innerhalb religiöser Gemeinschaften ist mit besseren Gesundheitswerten aufgrund hoher Kohäsion und Hilfsbereitschaft assoziiert. In zahlreichen Studien konnte ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung in religiösen Glaubensgemeinschaften nachgewiesen werden (Idler & Kasl, 1997). Pargament und Kollegen (1990) konnten diesbezüglich zeigen, dass Personen, die in das soziale Netz einer Kirchengemeinde eingebunden waren, besser mit schweren Krankheiten oder Lebenskrisen umgehen können. Die Variable der sozialen Unterstützung scheint demnach als Mediator zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit eine wichtige Bedeutung einzunehmen.

2. Theorie der kognitiven Orientierung/Kohärenzhypothese

Die Theorie der kognitiven Orientierung bzw. die Kohärenzhypothese geht davon aus, dass Menschen, die eine Orientierung im Leben haben und die grundlegende Frage nach dem Lebenssinn für sich beantworten können, psychisch gesünder leben als Menschen, die die Welt in ihrer Komplexität als unkontrollierbar und unüberschaubar erfahren (Schowalter & Murken, 2003). Religion kann diesbezüglich Sicherheit durch stabile Grundwerte und Erklärungsmuster bieten. Durch religiöse Wirklichkeitsvorstellungen kann ein Kohärenzgefühl vermittelt werden, welches im Rahmen des salutogenetischen Ansatzes als sehr wichtig betrachtet wird (Antonovsky, 1993).

3. Theorie der Verhaltensregulierung

Die Theorie der Verhaltensregulierung bedient sich der Beobachtung, dass religiöse Überzeugungen konkrete Handlungsanweisungen zu Körperpflege, körperlicher Aktivität, Ruhezeiten, Sexualverhalten, Ernährung und Substanzkonsum beinhalten (Klein & Albani, 2007). Das führt dazu, dass religiöse Menschen weniger gesundheitsschädliches Verhalten zeigen. Die Religion nimmt hierbei eine verhaltensregulierende Funktion ein, die sich auf den Umgang mit dem eigenen Körper und den Umgang mit den Mitmenschen bezieht. Sie gibt im Rahmen eines speziellen Wertesystems Verhaltensregeln vor, die zu Vergebungsbereitschaft, Altruismus und Nächstenliebe auffordern. Diese können dazu beitragen, Stressoren im sozialen Umgang und Konflikte zu reduzieren.

4. Theorie der alternativen Werte

Religiöse Glaubensüberzeugungen zeigen dem Menschen Alternativen zu den gesellschaftlichen Idealen wie Schönheit, Erfolg und Macht auf. Es werden in der Religion Werte wie z.B. Altruismus, soziales Engagement, Liebesfähigkeit, Demut oder Verzicht betont. Diese können helfen, sich von der teilweise destruktiv wirkenden und zum Teil gesundheitsschädigenden Wertigkeit gesellschaftlicher Ideale zu distanzieren und diese zu relativieren. Folglich können religiöse Überzeugungssysteme von Erfolgs- und Konformitätsdruck befreien und somit Stress reduzieren (Schowalter & Murken, 2003).

5. Theorie der positiven Emotionen/Selbstwerthypothese

Die Theorie der positiven Emotionen bzw. die Selbstwerthypothese besagt, dass die in zahlreichen Religionen vorhandene enge Beziehung zu Gott ein positives und gesundheitsförderndes Selbstkonzept bedingen kann. Durch diese spezifische Form der Bindung können Gefühle des Vertrauens, des bedingungslosen Angenommenseins und der fürsorglichen Liebe vermittelt werden.

6. Theorie des göttlichen Handelns/Copinghypothese

Religiöses Bewältigungsverhalten kann für den gläubigen Menschen eine Möglichkeit darstellen, mit krisenhaften Situationen besser umgehen zu können. Durch den Glauben an einen fürsorglichen, liebevollen, hilfreichen sowie planvoll handelnden Gott kann das Gefühl, widrigen Schicksalsschlägen bedingungslos ausgeliefert zu sein, verringert werden und dadurch das Empfinden von Sicherheit und Geborgenheit vermittelt werden (Pargament, 1997). Auf die Thematik des religiösen Copings wird nun im folgenden Kapitel genauer eingegangen.

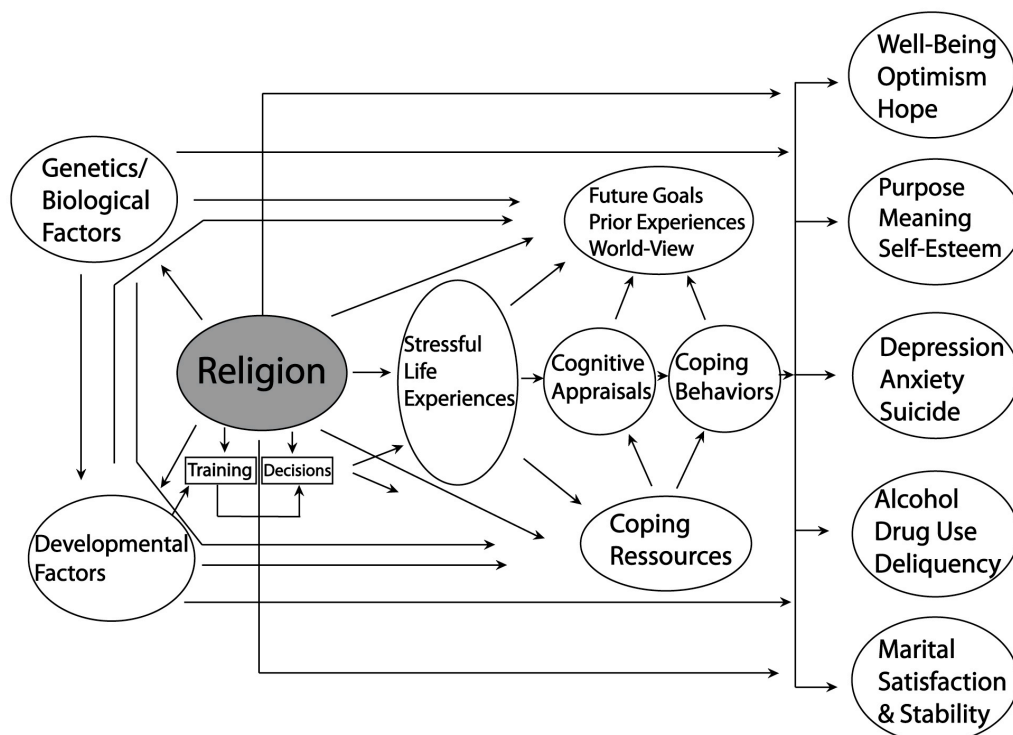
1.2.3 Religiöses Coping

Nach einer Einschätzung von Seybold und Hill (2001) finden viele Menschen speziell in ihrer Religion Unterstützung, um plötzlich auftretende Anforderungen aufgrund eines stresshaften Ereignisses zu bewältigen und eine individuelle Stärke zu entwickeln, aber auch um die Belastung aushalten zu können sowie einen Sinn in dieser zu erkennen.

In Anlehnung an das schon erwähnte und vorgestellte transaktionale Stress-Coping-Modell von Lazarus und Folkman (1984), in welchem der Aspekt der persönlichen Sinngebung eines Geschehens akzentuiert wird, betonen neuere Ansätze und Erweiterungen auf diesem Forschungsgebiet insbesondere die Wichtigkeit von Bedeutungs- und Sinnfindungsprozessen innerhalb der individuellen Bewältigungsarbeit. Folkman (1997) führte in diesem Zusammenhang die Dimension „*Meaning-based*“-Coping als eine weitere Bewältigungsstrategie im Umgang mit belastenden Lebensereignissen ein. Mit dieser Komponente wird auch der Rückgriff auf religiöse Glaubensvorstellungen als eine sinngebende Copingstrategie bedacht. Spirituelle und religiöse Überzeugungen (spiritual beliefs) sind nach Folkman (1997) mit positivem psychischen Befinden trotz chronischer Belastungen assoziiert. Der Glaube an einen fürsorglichen, liebevoll und hilfreich handelnden Gott kann das Gefühl, widrigen Schicksalsschlägen hoffnungslos ausgesetzt zu sein, verringern sowie Sicherheit und Geborgenheit vermitteln (Schowalter & Murken, 2003). Religiosität stellt hierbei eine adaptive Bewältigungsstrategie dar, die durch Anregung neuer problem- und

emotionsorientierter Copingbemühungen im Umgang mit der belastenden Situation zur Aufrechterhaltung des Copingprozesses und zusätzlich zu psychischem Wohlbefinden führen kann (Folkman, 1997).

Abbildung 1: „Theoretical model of religion’s effects on mental health“ (Quelle: Koenig, H.G., McCullough, M.E. & Larson, D.B. (2001), S. 223)



Koenig, McCullough und Larson entwickelten 2001 ein theoretisches Modell zum Effekt von Religion auf die psychische Gesundheit (siehe Abbildung 1). In diesem werden verschiedene Wege illustriert über welche die Komponente Religion Einfluss auf die psychische Gesundheit der Menschen nehmen kann. Die Autoren unterscheiden dabei zwischen direkten und indirekten Einflüssen von Religion. So werden religiöse Überzeugungen und Aktivitäten als Einflüsse verstanden, die möglicherweise einen direkten Einfluss auf das psychische Befinden nehmen können (z.B. durch das Erleben von Wundern, das Empfinden von Freude und Frieden, durch Gebet und religiöse Rituale oder durch das Singen geistlicher Lieder). Zu den indirekten Einflüssen von Religion werden diejenigen gezählt, die

durch genetische Faktoren, Erfahrungen in der persönlichen Entwicklung, kognitive Bewertung von Lebensereignissen sowie Bewältigungsressourcen und Bewältigungsverhalten vermittelt werden. Nach Koenig et al. (2001) kann vermutet werden, dass besonders diese indirekten Einflüsse kumulativ einen starken Effekt auf die psychische Gesundheit aufweisen. Religiöses Coping wird in diesem theoretischen Modell als ein solcher indirekter Effekt der Komponente Religion verstanden.

Pargament, Kennell, Hathaway, Greengood, Newman und Jones (1988) definierten drei Stile religiösen Copings, um die Komponenten des religiösen Bewältigungsverhaltens genauer beschreiben sowie diese besser von anderen Copingformen abzugrenzen zu können: (1) *Aktiv-selbstständiges Coping* besagt, dass Menschen im Vertrauen auf ihre von Gott gegebenen Bewältigungsressourcen selbstverantwortlich mit belastenden Situationen umgehen, (2) *passiv-delegierendes Coping* beschreibt die vollkommene Abgabe der Verantwortung für die Bewältigung an Gott, während der Mensch selbst passiv bleibt und (3) *kollaboratives Coping* meint, dass Mensch und Gott eine partnerschaftliche Verantwortung im Copingprozess teilen. Vor allem der kollaborative Copingstil wird in diesem Zusammenhang als die Methode angesehen, welche die stärkste positive Auswirkung auf den Prozess der Krankheitsbewältigung besitzt (Pargament, 1997).

Im Allgemeinen wird religiöses/spirituelles Coping als ein multidimensionales Konstrukt definiert, welches eine Vielzahl von religiösen/spirituellen Strategien (z.B. Gebet, Suche nach geistlicher Unterstützung) zusammenfasst, um stresshafte Belastungen zu reduzieren und Problemlösungen zu generieren (Wachholtz, Pearce & Koenig, 2007). Nach Pargament (1997) sind dabei religiöse Copingstrategien nicht gleichzusetzen mit allgemein gehaltenen Angaben zur Religiosität (wie z.B. Häufigkeit von Kirchenbesuchen oder Gebet). Vielmehr wandeln Menschen in Zeiten belastender Lebenssituationen ihre grundsätzlichen Überzeugungen religiöser Art in spezifische religiöse Copingstrategien um. Insbesondere diese spezifischen Formen religiöser Bewältigung scheinen dabei die größte Bedeutung für den Erhalt von Gesundheit in stresshaften Zeiten zu haben.

Pargament und Kollegen (1998a) postulieren im Rahmen einer differenzierten Untersuchung zum Konzept des religiösen Copings, dass religiöse Bewältigung sowohl funktionale (positives religiöses Coping) als auch dysfunktionale (negatives

religiöses Coping) Aspekte in Bezug auf das Ausmaß von Gesundheit und Anpassung beinhalten kann. Die unterschiedlichen religiösen Bewältigungsstrategien werden a priori von den Autoren zu zwei grundlegenden Mustern zusammengefasst. *Positives religiöses Coping* schließt hierbei eine vertrauensvolle und sichere Beziehung zu Gott, eine kooperative Problembewältigung, die Suche nach Unterstützung durch den Glauben und durch die Glaubensgemeinschaft, religiöse Vergebung sowie die Anwendung unterstützender religiöser Rituale ein. *Negatives religiöses Coping* meint die Übertragung der gesamten Verantwortung auf Gott, das Gefühl von Gott verlassen worden zu sein, eine Unzufriedenheit mit Gott sowie Situationsdeutungen als Strafe Gottes (Pargament, 1997; Pargament et al., 1998a). Die Ergebnisse dieser Studie suggerieren, dass Religiosität einerseits psychisches Unwohlsein bedingen kann, andererseits auch eine Ressource für den Umgang mit stressvollen Situationen darstellen kann. Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar und Newman (2006) kritisieren an dieser Untersuchung jedoch die Vorgehensweise der Autoren, die Differenzierung der religiösen Copingstrategien in adaptive und maladaptive Bewältigungsformen aus theoretischen Vorüberlegungen a priori vorgenommen zu haben, anstatt diese empirisch zu eruieren. Mit dem Verweis auf Pargament (1997) führen sie an, dass ebenso der Beweis dafür existiere, dass einige Formen religiöser Copingstrategien sich nicht eindeutig in positive oder negative Kategorien einteilen lassen (z.B. religiöse Rituale, Bewältigung ohne Gott, inständiges Erbitten).

Unter Berücksichtigung der Differenzierung religiöser Bewältigungsformen schlossen Ano und Vasconcelles (2005) insgesamt 49 empirische Studien mit über 13 000 Teilnehmern in eine Meta-Analyse ein. Sie untersuchten den Zusammenhang sowohl zwischen positiven als auch negativen religiösen Copingstrategien und dem Umgang mit stressvollen Situationen. Die Autoren konnten anhand ihrer Analyse nachweisen, dass positives religiöses Coping generell mit einer besseren und negatives religiöses Coping mit einer schlechteren Stressbewältigung einhergeht.

In Deutschland existieren bisher nur wenige empirische Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Glaube und Gesundheit und dessen Bedeutung für Anpassungsprozesse (Mehnert & Koch, 2001; Murken, 1998). Diese Tatsache gibt

jedoch nach Einschätzung von Mehnert und Koch (2001) Anlass zur Verwunderung, da im deutschsprachigen Raum durchaus eine längere Tradition im Bereich der religionspsychologischen Forschung bestehe.

In einer deutschen Studie an 117 Patienten mit malignem Melanom wiesen Mehnert, Rieß und Koch (2003) einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen religiösen Überzeugungen und einem aktiv-kognitiven Krankheitsbewältigungsstil nach. Damit konnten erstmals die Ergebnisse einer in den USA durchgeführten, vergleichend angelegten Untersuchung (vgl. Holland et al., 1999) für ein deutsches Kollektiv repliziert werden. In diesem Kontext wird das Konstrukt Religiosität für viele Betroffene als ein hilfreicher gedanklicher Rahmen verstanden, aus welchem heraus die Patienten ihre durch die lebensbedrohende Erkrankung bedingte existentielle Krise betrachten.

In Anlehnung an das zweigliedrige Modell religiöser Copingstrategien von Pargament und Kollegen (1998a), untersuchten auch Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber und Murken (2006) in einer Querschnittsstudie die Bedeutung sowohl positiver als auch negativer religiöser Bewältigungsstrategien in einem Studienkollektiv von 156 deutschen Brustkrebspatientinnen. Ihre Befunde ergaben, dass die Assoziation zwischen religiösen Copingstrategien und psychischem Empfinden vollständig durch nicht-religiöse Bewältigungsbemühungen vermittelt wird. Mit dieser Untersuchung konnten die Schlussfolgerungen von Pargament und Mitarbeitern (1990), dass Variablen des religiösen Copings auch nach Adjustierung der Effekte nicht-religiöser Copingstrategien als ein prädiktiver Faktor für das Maß psychischer Befindlichkeit angesehen werden können, für das beobachtete deutsche Kollektiv nicht bestätigt werden. Es lässt sich mutmaßen, dass diese Ergebnisse zu einem gewissen Grad durch die geringere Bedeutung von Religiosität in Deutschland erklärt werden können (Zwingmann et al., 2006).

Diese religiös-kulturellen Unterschiede werden auch durch die Ergebnisse des Religionsmonitors der Bertelsmann Stiftung (2007) bestätigt. Der Religionsmonitor wurde als interdisziplinär und interreligiös angelegtes Erhebungsinstrument entwickelt, welches die Verbreitung und Intensität von Religiosität im internationalen Kontext zu erfassen sucht. Nach den Ergebnissen dieser Befragung unterscheidet sich das religiöse Bewusstsein der Bevölkerung in den USA deutlich von dem in Deutschland. Während in den USA 89 Prozent der Bevölkerung als religiös und

sogar 62 Prozent als hochreligiös bezeichnet werden können, liegen die Angaben für die deutsche Bevölkerung bei 70 bzw. 18 Prozent.

1.2.4 Erfassung religiösen Copings

Bis in die 1990er Jahre war die eindimensionale Messung von Religiosität weit verbreitet. So wurden in diesem Zusammenhang in der Regel allgemeine Angaben zur Häufigkeit von Kirchenbesuchen oder zur Religionszugehörigkeit erfragt (Hill & Pargament, 2003). An der Ein-Item-Messung kritisiert Huber (2003) jedoch, dass sie unpräzise und wenig trennscharf ist. Religiosität kann vielmehr als ein multidimensionales Konstrukt verstanden werden, welches komplexe Verhaltens- und Erlebensdimensionen umfasst (Hill & Pargament, 2003; Pargament et al., 1998a). Nach Angaben von Miller und Thoresen (2003) lässt es sich als latentes psychologisches Phänomen mit mehreren Dimensionen verstehen. Viele der bislang eingesetzten Messinstrumente werden dieser Komplexität aufgrund ihrer Einfachheit nicht gerecht (Pohl, 2006). Zudem erweist sich der Versuch einer Operationalisierung hinsichtlich der vielen uneinheitlichen Definitionen als schwierig.

Erst in den letzten Jahren zeichnet sich im Rahmen allgemeiner Bemühungen um eine theoriegeleitete Operationalisierung des Konstruktes Religiosität ein Wandel ab. Vorwiegend im angloamerikanischen Sprachraum wurden nach Mehnert und Koch (2001) zahlreiche differenzierte Erhebungsinstrumente entwickelt. Diese finden zunehmend vor allem in den beiden Forschungsbereichen der Gesundheitspsychologie und der Krankheitsbewältigung Anwendung.

Die Arbeitsgruppe um Pargament untersuchte an einem amerikanischen Studienkollektiv die Charakteristiken des Konstrukts Religiosität und dessen Bedeutung im Rahmen des Krankheitsbewältigungsprozesses. Die Forscher postulierten in diesem Zusammenhang, dass religiöse Bewältigung sowohl funktionale als auch dysfunktionale Aspekte beinhaltet (Pargament et al., 1998a). Sie konnten zeigen, dass die Formen der religiösen Bewältigung eine Vielzahl unterschiedlicher Dimensionen aufweisen (Pargament et al., 2000). Sie entwickelten für den angloamerikanischen Sprachraum die Erhebungsinstrumente Brief Measure of Religious Coping (Brief RCOPE; Pargament et al., 1998a) und Measure of Religious Coping (RCOPE; Pargament et al., 2000). In den Skalen dieser

Instrumente werden die unterschiedlichen religiösen Copingstrategien differenziert betrachtet und mehrdimensional operationalisiert. Nach einer Einschätzung von Zwingmann (2005) gelten diese Skalen im angloamerikanischen Sprachraum derzeit als Standardinstrumentarium auf dem Forschungsgebiet der religiösen Bewältigungsstrategien.

Für den deutschsprachigen Raum liegen im Bereich der allgemeinen Copingforschung gut evaluierte und etablierte Instrumente zur Erfassung der Krankheitsbewältigung vor, welche das Konstrukt Religiosität zumindest als eigenständige Dimension miterfassen. Zu nennen sind diesbezüglich insbesondere:

- Der *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)* → mit der Skala „Religiosität und Sinnsuche“; (Muthny, 1989)
- Die *Berner Bewältigungsformen (BEFO)* → mit der Dimension „Religiosität“; (Heim, Augustiny, Blaser & Schaffner, 1991)
- Die *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK)* → mit der Skala „Suche nach Halt in der Religion“; (Klauer & Filipp, 1993)

Jedoch gilt es zu beachten, dass Religiosität in diesen Instrumenten als eindimensionales, homogenes Merkmal verstanden wird und damit die Mehrdimensionalität sowie Komplexität des Konstruktes keine Berücksichtigung findet.

Büssing und Kollegen (2007) entwickelten zuletzt für den deutschen Sprachraum ein konfessionsübergreifendes, von speziellen Glaubensüberzeugungen unabhängiges Instrument (SpREUK). Es dient der Erfassung spiritueller und religiöser Einstellungen von Patienten und ihres Umgangs mit Krankheit. Durch dieses Messinstrument soll nach Angaben der Autoren das Zusammenspiel zwischen dem spirituellen bzw. religiösen Hintergrund eines Patienten und seinem Umgang mit Krankheit abgebildet werden. Es werden diesbezüglich die Dimensionen (1) *Suche nach sinngebender Rückbindung*, (2) *Vertrauen in höhere Mächte*, (3) *Positive Interpretation von Krankheit* und (4) *Unterstützung in*

Lebensbeziehungen (und Krankheit) durch Spiritualität/Religiosität voneinander differenziert. Das Instrument erfasst damit primär positive Formen spiritueller und religiöser Einstellungen. Negative oder dysfunktionale Aspekte werden nicht erhoben.

1.3 Fazit

In diesem Kapitel wurden wesentliche Aspekte der besonderen Lebenssituation chronisch erkrankter Patienten beleuchtet. So ist in diesem Zusammenhang die Betrachtung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Möglichkeiten, diese zu erhalten, von großer Bedeutung. Ebenso ist zu bemerken, dass depressive Störungen bei chronisch Erkrankten häufig als komorbide Symptomatik beobachtet werden können. Es wurde die Wichtigkeit von Bewältigungsstrategien aufgezeigt, die einen individuellen Umgang mit der Erkrankung ermöglichen. Dabei werden von Patienten unter anderem auch Copingstrategien angewandt, bei denen auf die eigene Religiosität zurückgegriffen wird. Diesbezüglich wurde das Konstrukt des religiösen Copings genauer vorgestellt sowie dessen Bedeutung für das Erleben von Depressivität aufgezeigt. Des Weiteren wurde eine Übersicht der unterschiedlichen Methoden und Instrumente zur Erfassung von religiösem Coping gegeben. Dabei konnte deutlich gemacht werden, dass es sich hierbei um ein komplexes Konstrukt handelt, dessen Mehrdimensionalität auch bei der Entwicklung von Messinstrumenten unbedingt berücksichtigt werden sollte.

2 Zielsetzung

Im angloamerikanischen Sprachraum hat während der letzten Jahrzehnte die Forschung zum Zusammenhang zwischen Religiosität und Gesundheit deutlich zugenommen (Miller & Thoresen, 2003). Insbesondere Kenneth Pargament und seine Arbeitsgruppe bestimmten hierbei die Forschungsrichtung, indem sie die Bedeutung von Religiosität für den Prozess der Krankheitsbewältigung differenziert untersuchten. Dazu entwickelten sie mit dem RCOPE ein Instrument zur mehrdimensionalen Erfassung religiöser Krankheitsbewältigungsstrategien (Pargament et al., 2000). Der RCOPE kann als Standardinstrumentarium zur Erfassung religiöser Copingstrategien angesehen werden (Zwingmann, 2005), wobei er im deutschen Sprachraum bislang nur vereinzelt und in Auszügen genutzt wurde.

Für den deutschsprachigen Raum existieren nur wenige Untersuchungen, die sich mit der Frage nach der Bedeutung religiöser Überzeugungen für den individuellen Bewältigungsprozess einer Erkrankung befassen. In diese wurden überwiegend Patienten mit Tumorerkrankungen eingeschlossen. Es liegen bislang keine deutschen Studien für das Kollektiv chronisch erkrankter Patienten vor, in denen religiöses Coping differenziert erfasst und im Hinblick auf den Zusammenhang mit psychischem Befinden untersucht wurde.

In der vorliegenden Studie soll geprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen religiösem Coping und Depressivität bei chronisch erkrankten Patienten besteht.

Hypothese:

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Anwendung religiöser Copingstrategien und der Intensität der Depressivität bei chronisch erkrankten Patienten.

Depressivität soll dabei mittels der Depressivitätsskala des deutschsprachigen Messinstrumentes HADS-D (Herrmann & Buss, 1994) gemessen werden, während religiöse Krankheitsbewältigung durch ausgewählte Teile des RCOPE in der deutschen Version von Lehr et al. (2007) sowie durch eine neu entwickelte Skala zur religiös-musikalischen Bewältigung erfasst wird.

Zur Überprüfung der Hypothese wird eine Regressionsanalyse durchgeführt. Religiöse Copingstrategien stellen dabei den Prädiktor, Depressivität die Kriteriumsvariable dar.

Als Vorbereitung auf die Regressionsanalyse werden folgende Schritte durchgeführt:

1. Die Items von 11 ausgewählten Skalen des RCOPE werden einer Faktorenanalyse unterzogen. Deren Ergebnisse sind Grundlage der Bildung von unterschiedlichen Skalen zur religiösen Bewältigung. Einbezogen werden sowohl positive als auch negative Strategien religiöser Krankheitsbewältigung. Durch die Faktorenanalyse soll gewährleistet werden, dass nur solche Prädiktoren in das Regressionsmodell eingeschlossen werden, die sich als faktoriell valide erweisen. Entsprechende Prüfungen existieren im deutschen Sprachraum bislang nicht. Des Weiteren soll dadurch die Anzahl der Prädiktoren auf ein notwendiges Maß beschränkt bleiben und ein sparsames Regressionsmodell aufgestellt werden. Schließlich können mittels der Faktorenanalyse Strategien identifiziert werden, die redundante Informationen beinhalten, d.h. die stark miteinander korrelieren. Durch Zusammenfassung solch stark korrelierender Prädiktoren, kann die Kollinearität begrenzt werden, die andernfalls die Interpretierbarkeit der Ergebnisse einer Regressionsanalyse gefährden würde.
2. Weiterhin wird überprüft, ob die untersuchten Variablen in einem Zusammenhang mit soziodemographischen oder krankheitsspezifischen

Variablen stehen, die dann in diesem Fall als Confounder in die Regressionsanalyse einbezogen werden.

Explorative Analysen:

In einem explorativen Teil der Arbeit wird der Zusammenhang spezifischer religiöser Bewältigungsstrategien für das Erleben von Depressivität bei chronisch erkrankten Patienten untersucht. Zunächst wird für jede einzelne Strategie mittels bivariater Korrelationsanalysen überprüft, ob ein entsprechender Zusammenhang mit Depressivität besteht. Zudem soll untersucht werden, welchen Beitrag jeweils die einzelne religiöse Copingstrategie zu dem Gesamtzusammenhang mit Depressivität im Rahmen der Regressionsanalyse leistet. Entsprechend der Annahmen von Pargament et al. (2000) kann erwartet werden, dass positive Strategien mit weniger, negative Strategien hingegen mit einem höheren Maß an Depressivität einhergehen.

Während sich die obige Hypothese auf die Frage bezieht, ob religiöse Krankheitsbewältigung allgemein einen Zusammenhang mit Depressivität aufweist, richten sich die explorativen Analysen auf die Frage, welche Bedeutung den einzelnen Strategien zugemessen werden kann.

In methodischer Hinsicht wird mit der vorliegenden Untersuchung das Ziel verfolgt, das in den USA von Pargament et al. (2000) entwickelte und von Lehr und Kollegen (2007) für den deutschsprachigen Raum übersetzte sowie an einem Studentenkollektiv validierte Instrumentarium RCOPE erstmalig an einem Sample chronisch erkrankter Patienten anzuwenden. Mit dem Einsatz des RCOPE-Instrumentes wird der Einschätzung von Schowalter und Murken (2003) Rechnung getragen, dass die Verwendung differenzierter Fragebögen hilfreich für empirische Untersuchungen auf dem Forschungsgebiet des Zusammenhangs von Religiosität und psychischer Gesundheit sei, um einerseits das Phänomen Religiosität mehrdimensional erfassen sowie andererseits eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglichen zu können.

3 Methoden

3.1 Datenerhebung

In der vorliegenden Studie wurden die Probanden auf drei unterschiedlichen Wegen rekrutiert. Zum überwiegenden Teil waren die Studienteilnehmer Patienten der internistischen Gemeinschaftspraxis Dr. Brinschwitz, Dr. Eidenmüller, Dr. Holst in Marburg/Lahn. Des Weiteren wurden chronisch erkrankte Patienten im Rahmen eines Gesprächsführungspraktikums des Instituts für Medizinische Psychologie befragt. Die Teilnehmer dieses Praktikums wurden gebeten, jeweils einen Fragebogen an ihre Gesprächspartner (Patienten mit einer chronischen Erkrankung) weiterzugeben. Da keine Angaben darüber vorliegen, wie viele der ausgegebenen Fragebögen tatsächlich durch die Praktikumsmitglieder an die Patienten weitergegeben wurden, wurde auf die Bestimmung der Rücklaufquote verzichtet. Weitere Probanden der Studie wurden aus dem sozialen Umfeld der Autorin rekrutiert. Die Angaben zu chronischen Erkrankungen und religiösen Copingstrategien wurden mittels einer Ein-Zeitpunkt-Befragung per Fragebogen (siehe Anhang A) erhoben. Dieser wurde den Probanden in einem individuellen Gespräch mit der Autorin oder ihrer Arbeitsgruppenkollegin erläutert und dann zur anonymen Bearbeitung nach Hause mitgegeben. Dem Fragebogen lag ein frankierter Rückumschlag bei, so dass dieser nach Bearbeitung direkt an das Institut der Medizinischen Psychologie zurückgeschickt werden konnte.

3.2 Stichprobe

Als Einschlusskriterium galt in dieser Untersuchung das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung. Ausgeschlossen wurden Patienten mit onkologischen Erkrankungen, da diese im Rahmen einer weiteren Studie zu religiösen Bewältigungsstrategien bei Tumorkranken innerhalb des Projektes „Religiosität und Gesundheit“ als Probanden eingeschlossen wurden.

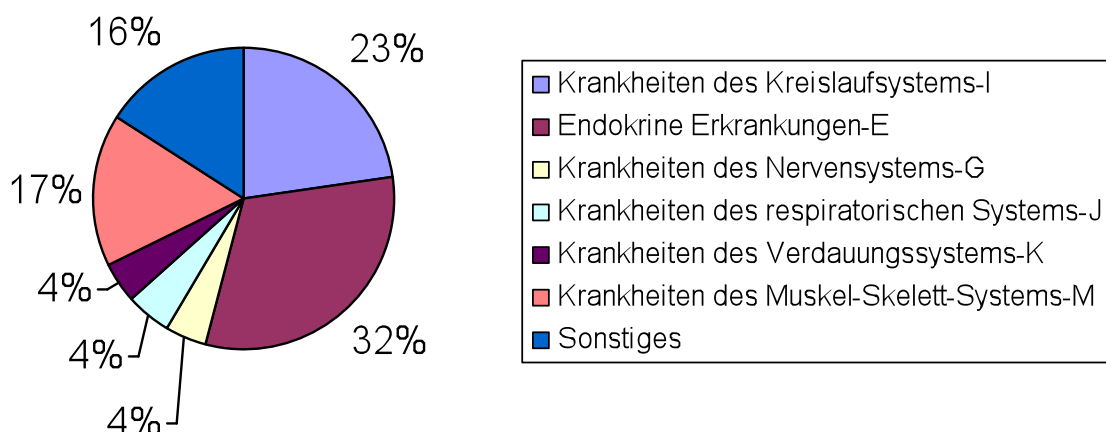
3.2.1 Soziodemographische Daten

Es nahmen 122 Probanden mit chronischen Erkrankungen an der vorliegenden Studie teil. Insgesamt fünf Fragebögen konnten aufgrund eines unvollständigen Datensatzes nicht in die Auswertung einbezogen werden. Unter den verbleibenden 117 Studienteilnehmern waren 63 % weiblich und 37 % männlich. Die Probanden waren zum Untersuchungszeitpunkt im Alter von 17 bis 87 Jahren ($M = 57.01$; $SD = 16.84$). 38 % der Studienteilnehmer gaben dabei an, unter einer chronischen Erkrankung, 32 % unter zwei und 30 % unter drei chronischen Erkrankungen zu leiden. Die angegebene Erkrankung lag bezüglich der primären Diagnose seit durchschnittlich 18 Jahren vor ($SD = 13.92$), wobei die kürzeste Krankheitsdauer ein Jahr, die längste 66 Jahre betrug (Median = 15 Jahre).

3.2.2 Krankheitsbezogene Daten

Das Krankheitsspektrum wurde eingeteilt in einzelne Hauptgruppen des ICD-10-Klassifikationssystems (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2006), woraus sich eine Einteilung in die folgenden Gruppen ergab: Krankheiten des Kreislaufsystems (Hauptgruppe I), endokrine und Stoffwechselerkrankungen (E), Krankheiten des Nervensystems (G), Krankheiten des respiratorischen Systems (J), Krankheiten des Verdauungssystems (K), Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (M) und sonstige Erkrankungen. Die Angaben zu den entsprechenden Diagnosen wurden von den Patienten selbst gemacht. Die Verteilung der genannten Diagnosen lässt sich der Abbildung 2 entnehmen.

Abbildung 2: Verteilung der ICD-10-Diagnosen insgesamt



Aus Abbildung 2 geht hervor, dass die am häufigsten genannten Diagnosen der Hauptgruppe E (endokrine Erkrankungen) des ICD-10-Klassifikationssystems zuzuordnen sind (32 %). Am zweithäufigsten wurde mit 23 % über Krankheiten des Kreislaufsystems (Hauptgruppe I) berichtet. 17 % der Probanden gaben Diagnosen an, die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Hauptgruppe M) betreffen. Mit jeweils 4 % wurden Erkrankungen des Nervensystems (Hauptgruppe G), des respiratorischen Systems (Hauptgruppe J) und des Verdauungssystems (Hauptgruppe K) genannt.

3.2.3 Religionsbezogene Daten

Insgesamt 81 % der Probanden gehörten einer bestimmten religiösen Gemeinschaft (z.B. einer Kirche) an. Im Vergleich dazu beträgt die Religionszugehörigkeit der Bevölkerung in Deutschland nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 61 % (ermittelt für das Jahr 2007). 53 der 117 Studienteilnehmer (45 %) berichteten, evangelisch zu sein (vgl. Tabelle 1). 26 % gehörten der katholischen Kirche an und 9 % waren evangelisch freikirchlich. Die Frage nach einer aktiven Teilnahme am Leben der religiösen Gemeinschaft - bezogen auf die letzten drei Monate - beantworteten 20 % der Studienteilnehmer mit *nein* und 12 % mit *selten* (vgl. Tabelle 2). Der größte Teil mit 22 % gab die Antwort *manchmal* an. 20 % der Teilnehmer wählten die Aussage *häufig* und 13 % stimmten für die Aussage *immer*.

Tabelle 1: Religionszugehörigkeit der Studienteilnehmer

Religions- zugehörigkeit	k. A.	nein	ja			
			evangelisch	katholisch	evangelisch- freikirchlich	sonstige
N (%)	4 (3.4)	18 (15.4)	53 (45.3)	30 (25.6)	10 (8.5)	2 (1.7)

Anmerkung. k. A. = keine Angaben; Stichprobengröße N = 117

Tabelle 2: *Aktive Teilnahme am Leben der religiösen Gemeinschaft*

Aktive Teilnahme	k. A.	nein	selten	manchmal	häufig	immer
N (%)	16 (13.7)	23 (19.7)	14 (12)	26 (22.2)	23 (19.7)	15 (12.8)

Anmerkung. k. A. = keine Angaben; Stichprobengröße N = 117

3.3 Erhebungsinstrumente

Die in dieser Studie eingesetzte Fragebogenbatterie trägt den Titel „Fragebogen zum Leben mit chronischen Erkrankungen – Chronische Erkrankungen, Lebensqualität, Religiosität & erlebte Veränderungen“. Sie enthält verschiedene publizierte Messinstrumente, anhand derer das Ausmaß körperlicher Beschwerden, einer Veränderung durch die Erkrankung, depressiver und ängstlicher Symptome sowie das Ausmaß sozialer Unterstützung erhoben wird. Zur Erfassung religiöser Copingstrategien wurde die deutsche Version des amerikanischen RCOPE-Instrumentes von Pargament et al. (2000) eingesetzt, die von Lehr und Kollegen (2007) für den deutschen Sprachraum adaptiert wurde.

Dem vorangestellten Informationsschreiben für teilnehmende Patienten/innen (siehe Anhang A) folgen zunächst einige Fragen zur Person. Es werden Daten zum Geschlecht und Alter sowie zur Art und Dauer der chronischen Erkrankung(en) erhoben, wobei bis zu drei Diagnosen angegeben werden können. Der individuelle Stellenwert von Religiosität wird mit dem Item „Religiöse bzw. spirituelle Dinge spielen in meinem Leben eine wichtige Rolle“ erhoben, dessen Antwortmöglichkeiten sich von den Ankerpunkten 1 *trifft überhaupt nicht zu* bis 5 *trifft sehr stark zu* aufspannen. Es folgt die Frage nach Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft sowie bei Angabe der Antwort *ja* die weitere Frage, zu welcher. Schließlich unterscheidet das Item „Haben Sie in den letzten 3 Monaten aktiv am Leben der Gemeinschaft teilgenommen (z.B. Besuch eines Gottesdienstes, Chor, Seniorengruppe usw.)?“ die Antwortoptionen *nein* (1), *selten* (2), *manchmal* (3), *häufig* (4) und *immer* (5).

Im Folgenden werden die für die Auswertung der vorliegenden Arbeit relevanten Messinstrumente näher beschrieben. Die eingesetzten Skalen sowie der genaue Wortlaut der entsprechenden Items kann der Fragebogenbatterie in Anhang A entnommen werden.

3.3.1 Instrument zur Erfassung religiöser Copingstrategien (RCOPE)

Das Instrumentarium RCOPE wurde von Pargament et al. (2000) zur differenzierten Erfassung religiöser Copingstrategien an einem Studienkollektiv von College-Studenten (N = 540) entwickelt und an einer Stichprobe älterer hospitalisierter Patienten (N = 551) validiert. Aus theoretischen Vorüberlegungen wurden fünf Schlüsselfunktionen religiöser Copingstrategien voneinander differenziert: (1) *Find Meaning*, (2) *Gain Control*, (3) *Gain Comfort and Closeness to God*, (4) *Gain Intimacy with others and Closeness to God* und (5) *Achieve a Life Transformation*. Unter Berücksichtigung dieser fünf Funktionen wurden von Pargament et al. (2000) 21 Dimensionen religiöser Bewältigungsstrategien mit je 5 Items entwickelt. Die Items waren auf einer vierstufigen Likertskala von 0 = *not at all* bis 3 = *a great deal* von den Probanden zu beantworten. Empirisch konnten mittels Faktorenanalyse 17 Dimensionen religiöser Copingstrategien unterschieden werden. Diese beinhalten sowohl aktive, passive, interaktive, problemzentrierte und emotionszentrierte als auch positive und negative Formen religiöser Copingstrategien. Mit dieser 17-faktoriellen Lösung werden 63 % der Gesamtvarianz aufgeklärt. Für 15 der gefundenen Skalen können die inneren Konsistenzen mit einem Cronbachs Alpha $\geq .80$ als hoch bewertet werden. Dies weist auf eine gute Reliabilität hin. Die einzelnen Items laden am stärksten auf den zugeordneten Faktoren. Es bestehen keine Kreuzladungen. Die Faktoren weisen untereinander Korrelationen zwischen $r = .00$ und $r = .48$ auf.

Die gefundenen Faktoren zeigen in verschiedenen Populationen einen stabilen Charakter. So konnten Pargament et al. (2000) im Sample der älteren hospitalisierten Patienten, die sich in ihren Lebensumständen, in der Art ihrer Probleme und dem Ausmaß ihrer Religiosität erheblich von dem Kollektiv der

College-Studenten unterschieden, 14 der 17 Dimensionen religiöser Bewältigung replizieren.

Es fanden sich signifikante Korrelationen der RCOPE-Dimensionen zu verschiedenen Skalen, die zur Messung von Anpassung eingesetzt wurden, wie *religious outcome*, *stress-related growth* und *physical health*. Dies weist auf eine vorhandene Konstruktvalidität sowie gesundheitsbezogene Validität des RCOPE hin. Die Zusammenhänge blieben auch nach statistischer Kontrolle möglicher Störvariablen wie Geschlecht und allgemeine Angaben zu Religiosität (wie z.B. Häufigkeit der Kirchenbesuche) signifikant. Dieses Ergebnis lässt auf inkrementelle Validität des Instrumentes schließen. Ferner erwiesen sich die Skalen des RCOPE als bester Prädiktor für eine Anpassung an das Konstrukt des „life stress“.

Nach einer Einschätzung von Zwingmann (2005) gelten die Skalen des RCOPE im angloamerikanischen Sprachraum derzeit als Standardinstrumentarium auf dem Forschungsgebiet der religiösen Bewältigungsstrategien.

In der vorliegenden Studie wurde die von Lehr et al. (2007) entwickelte deutschsprachige Version des RCOPE-Instrumentes eingesetzt. Diese wurde in einer vorangehenden Studie an einem Kollektiv von N = 306 Personen, die einem Life-Event ausgesetzt waren, validiert. Das Kollektiv umfasste 220 Studierende der Medizin, 52 Studierende der Theologie und 34 aktive Kirchenmitarbeiter. Die Studienteilnehmer waren zum Untersuchungszeitpunkt im Alter von 18 bis 44 Jahren (M = 22; SD = 4). Der Frauenanteil der Stichprobe lag bei 61 %. Faktorenanalytisch erwies sich das Messinstrument im interkulturellen Vergleich als weitgehend stabil. Ausgehend von den Validierungsstudien zum Original wurden für die Adaptation 9 der 17 Dimensionen berücksichtigt. In obliquen Faktorenanalysen konnte folgende 7-faktorielle Lösung identifiziert werden: (1) *Aktives Vertrauen* (12 Items; Cronbachs Alpha (α) = .95), (2) *Unzufriedenheit mit Gott* (8 Items; α = .86), (3) *Suche nach sozialer Unterstützung* (8 Items; α = .89), (4) *Zweifel an Gottes Macht* (5 Items; α = .82), (5) *Neue religiöse Lebensbestimmung* (6 Items; α = .86), (6) *Aufmerksamkeitslenkung auf Religion* (3 Items; α = .71), (7) *Bitte um göttliches Eingreifen* (5 Items; α = .79). Dabei ließen sich fünf Dimensionen des Originals replizieren. Jeweils zwei Dimensionen luden in der deutschsprachigen Version auf

einem gemeinsamen Faktor. Durch diese 7-faktorielle Lösung konnten 64% der Gesamtvarianz aufgeklärt werden. Die RCOPE-Skalen zeigten zufriedenstellende bis sehr gute Reliabilitäten (Cronbachs Alpha = .71 – .95). Erwartungskonforme Niveauunterschiede in Teilstichproben belegten die inhaltliche Validität des Instrumentes. Die Konstruktvalidität konnte durch substanzielle, positive Zusammenhänge zwischen religiöser Bewältigung und Personal Growth gezeigt werden, die im Einklang mit der Originalarbeit stehen. Zur Erfassung der Dimension *Personal Growth* nach Belastungen wurde das Erhebungsinstrument „Posttraumatische Persönliche Reifung“ von Maercker und Langner (2001) als deutschsprachige Version des „Posttraumatic Growth Inventory“ (Tedeschi & Calhoun, 1996) eingesetzt. Personal Growth kann sich nach Maercker und Langner (2001) in fünf Bereichen vollziehen: *Neue Möglichkeiten, Beziehung zu Anderen, Persönliche Stärke, Wertschätzung des Lebens, Religiöse Veränderung*. Die multiplen Korrelationen mit den Skalen der religiösen Bewältigung lagen hierbei zwischen $r = .15$ für die Dimension *Beziehung zu Anderen* und $r = .54$ für die Dimension *Religiöse Veränderung* (mittleres $r = .28$).

In die vorliegende Untersuchung neu aufgenommen wurde die Skala *Musik*. Vor dem Hintergrund der zentralen Bedeutung von Musik für gelebte Religiosität wurde diese Skala als eine Form des emotionsorientierten Copings neu entwickelt. Sie erfasst mit drei Items die Neigung, in belastenden Situationen emotionale Erleichterung in geistlicher Musik zu suchen. Die Items lauten im Einzelnen: „Ich habe versucht in Liedern über Gott Hilfe und neue Hoffnung zu finden“, „Ich habe in geistlicher Musik Ruhe und Erleichterung gesucht“, „Ich habe Trost in geistlicher Musik und in Liedern gesucht“. Diese werden entsprechend der anderen Items des religiösen Copings auf einer vierstufigen Selbstrating-Skala von *trifft überhaupt nicht zu* bis *trifft sehr stark zu* beantwortet.

3.3.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)

Die HADS in ihrer deutschen Version (HADS-D) ist die Übersetzung der 1983 von Zigmond und Snaith in England entwickelten Hospital Anxiety and Depression Scale. Sie wurde 1994 von Hermann und Buss für den deutschsprachigen Raum validiert und ist gegenüber der englischen Originalversion als gleichwertig

anzusehen. Sie dient der Erfassung von Angst und Depressivität bei Patienten mit somatischen Erkrankungen oder (fraglich) psychogenen Körperbeschwerden. Dabei wird in Form eines Selbstbeurteilungsverfahrens mittels 14 Items die Ausprägung ängstlicher und depressiver Symptomatik während der vergangenen letzten Woche erfasst. Die HADS-D setzt sich zusammen aus einer Angst- und einer Depressionsskala, die jeweils sieben alternierend dargebotene Items mit vierstufigen Antwortmöglichkeiten (0 bis 3) enthalten.

Die Angstsкала dieses Instrumentes erfragt überwiegend Aspekte einer generalisierten Angstsymptomatik sowie das Auftreten von panikartigen Zuständen. Situationsgebundene Ängste werden bewusst nicht erfasst. So lautet das Item 2 dieser Skala beispielsweise „Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte“. Es werden hierbei die Antworten *ja, sehr stark* (0), *ja, aber nicht allzu sehr stark* (1), *etwas, aber es macht mir keine Sorgen* (2) und *überhaupt nicht* (3) voneinander unterschieden.

Mit der Depressionsskala wird schwerpunktmäßig das Ausmaß von Interessen- und Motivationsverlust (Anhedonie), das heißt eine milde Symptomatik depressiver Störungen, erfasst (Herrmann & Buss, 1994). Dabei enthält das Item 4 dieser Skala („Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst“) z.B. die Antwortmöglichkeiten *fast immer* (0), *sehr oft* (1), *manchmal* (2) und *überhaupt nicht* (3). Auf die Integration physischer Indikatoren psychischer Belastung wie z.B. Kopfschmerz oder Gewichtsverlust wurde bewusst verzichtet, um verzerrte Ergebnisse bei der Befragung eines primär somatisch erkrankten Klientels zu vermeiden (Hermann 1997).

Eine Fallidentifikation ist anhand beschriebener Cutoff-Werte der jeweiligen Summenwerte, die sich aus der Summierung der einzelnen Punktwerte pro Subskala ergeben, möglich. Hierbei gelten Subskalenwerte ≤ 7 als unauffällig, Werte im Bereich von 8 bis 10 als suspekt sowie Werte > 10 als auffällig (Zigmond & Snaith, 1983). Die englische Originalversion der HADS ist ein international vielfältig untersuchtes, gut validiertes und häufig klinisch eingesetztes Instrument (vgl. Herrmann, 1997; Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002). Die Validierung der deutschen Hospital Anxiety and Depression Scale erfolgte an einer großen Stichprobe (N = 6 200) von überwiegend kardiologisch erkrankten Patienten. Sie ist ein gut akzeptiertes und objektives Messinstrument. Für beide Subskalen liegen

Cronbachs Alpha und die Split-half-Reliabilitäten bei je .80 bis .81, wobei die Split-half-Reliabilität für die Gesamtskala bei $r_{tt} = .88$ liegt (Herrmann et al., 1995). In zahlreichen internationalen Studien zeigt sich bezüglich der Konstruktvalidität die Stabilität der zweifaktoriellen Struktur (Übersicht von Bjelland et al., 2002). Die Hauptkomponentenanalyse von Herrmann und Buss (1994) klärt 48 % der Varianz auf, dabei erweisen sich die ursprünglichen Zuordnungen der Faktoren zu einer Skala weitestgehend stabil. Ebenso findet sich eine hohe Skaleninterkorrelation ($r = .63$) der Angst- und Depressionsskala, deren Ursache am ehesten in der empirischen Koinzidenz der beiden Konstrukte vermutet wird. Im Vergleich mit konstruktverwandten Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren zeigen sich erwartungsgemäße Korrelationen (Bjelland et al., 2002).

In dieser Arbeit wurde die deutsche Version der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) eingesetzt, um Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Bereichen des religiösen Copings und dem Konstrukt der Depressivität zu untersuchen.

3.4 Statistische Analyse

3.4.1 Faktorenanalyse

In Anlehnung an die Untersuchung zur Validierung des amerikanischen RCOPE-Instrumentes von Pargament et al. (2000) wurde in der vorliegenden Studie eine exploratorische Faktorenanalyse durchgeführt. Dabei stand die Absicht im Vordergrund, die empirisch differenzierten Dimensionen des religiösen Copings aus der amerikanischen Studie an einem deutschen Kollektiv chronisch erkrankter Patienten zu überprüfen. Des Weiteren wurde diese Analyse in einem vorbereitenden Schritt auf die anschließend durchgeführte Regressionsanalyse vorgenommen, um zu stark zusammenhängende Prädiktoren identifizieren und herausfiltern zu können.

Nach Bühner (2006) stellt die Faktorenanalyse ein geeignetes Verfahren zur Datenreduktion dar. Ziel dieser Analyse ist es, Zusammenhänge zwischen Items auf latente Variablen zurückzuführen und Faktoren zu ermitteln, die eine inhaltlich

sinnvolle Interpretation erlauben. Ein Faktor ist hierbei ein angenommenes Konstrukt, welches den wechselseitig hoch korrelierenden Variablen zugrunde liegt. Die exploratorische Faktorenanalyse wurde entsprechend der von Pargament et al. (2000) angewandten Methodik als Hauptkomponentenanalyse mit obliquer Rotation durchgeführt. Durch die Wahl einer geeigneten Rotationsmethode soll im Allgemeinen eine möglichst eindeutige Beschreibung der Items durch Faktoren erzielt werden. Die oblique Rotationstechnik wurde gewählt, da eine Korrelation der Dimensionen untereinander sehr wahrscheinlich erschien. Aus Gründen der Interpretierbarkeit und Ökonomisierung ist es sinnvoll, Items aus dem Itempool zu extrahieren. Dazu wurde als Extraktionskriterium für die Faktoren zusätzlich zu der von Pargament et al. (2000) verwendeten Eigenwertmethode (Eigenwert > 1) ein Minimum-Average-Partial-Test (MAP-Test) durchgeführt. Letztgenannter stellt nach Einschätzung von O'Connor (2000) eine besonders geeignete Methode zur Bestimmung der Faktorenanzahl dar. Der Eigenwert eines Faktors ist die Summe der quadrierten Ladungen über allen Items auf einem Faktor und gibt somit Aufschluss über die Bedeutsamkeit der Faktoren (Bühner, 2006). Mit einem Eigenwert > 1 wird mehr Varianz aufgeklärt als ein standardisiertes Item besitzt.

Für methodisch gängige Auswertungsverfahren wie beispielsweise die Berechnung von Korrelationen oder inneren Konsistenzen (Cronbachs Alpha) sei auf die Ausführungen von Bühner (2006) oder Bortz (2005) verwiesen.

3.4.2 Regressionsanalyse

Zur Überprüfung der Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen der Anwendung religiöser Copingstrategien und Depressivität bei chronisch erkrankten Patienten besteht, wurde eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt. Dieses Analyseverfahren dient nach Backhaus, Erichson, Plinke und Weiber (2000) der Untersuchung von Beziehungen zwischen einer abhängigen Variablen (auch Kriteriumsvariable genannt) und mehreren unabhängigen Variablen (auch Prädiktoren genannt) und wird zur Erkennung und Erklärung von Zusammenhängen eingesetzt. In der durchgeführten Studie stellen die Dimensionen des religiösen

Copings die Prädiktoren dar, während das Ausmaß an Depressivität der abhängigen Variablen entspricht.

In Vorbereitung auf die Durchführung der Regressionsanalyse wurde die Stichprobe auf Fälle mit ungewöhnlichen oder extremen Werten (sogenannte Ausreißer) überprüft. Diese zu identifizieren ist wichtig, da sie dem generellen Muster der Streuung nicht entsprechen und somit einen starken Einfluss auf die Ergebnisse der Regressionsanalyse nehmen können. Eine Möglichkeit zur Bestimmung solcher Extremwerte stellt die Analyse der Mahalanobis-Distanz dar. Mit diesem Distanzmaß wird gemessen, wie stark ein Fall hinsichtlich der erklärenden Variablen vom Durchschnitt der anderen Fälle abweicht (Janssen & Laatz, 2007). Es werden alle Fälle mit Distanzen ober- bzw. unterhalb der dreifachen Standardabweichung vom Mittelwert aus der Regressionsanalyse ausgeschlossen. Als weiteres Verfahren gilt die Bestimmung der standardisierten Residuen. Hierbei werden diejenigen Fälle identifiziert, deren Residuen mehr als drei Standardabweichungen vom Mittelwert abweichen.

Des Weiteren wurden bivariate Korrelationen zu soziodemographischen und krankheitsspezifischen Daten untersucht, um mögliche Confounder identifizieren zu können.

Mit einer zusätzlich durchgeführten Regressionsanalyse wurde in einem explorativen Teil der Arbeit untersucht, welchen Beitrag jeweils die einzelnen Dimensionen des religiösen Copings zum Zusammenhang mit dem Konstrukt Depressivität leisten. Als Analysemethode wurde das Verfahren der schrittweisen Regression gewählt, welches sowohl vorwärts als auch rückwärts durchgeführt wurde. In Ergänzung zu den ermittelten Faktoren aus der Faktorenanalyse wurde in diesem Modell die neu entwickelte Skala *Musik* als zusätzlicher Prädiktor berücksichtigt.

Ziel der Regressionsanalyse ist es, Zusammenhänge zwischen metrisch skalierten Variablen zu untersuchen und quantitativ zu erfassen. Hierbei gilt der *Regressionskoeffizient* (R) als die zu bestimmende Zielgröße. Dieser gibt die Höhe der multiplen Korrelationen zwischen den Prädiktoren und der Kriteriumsvariablen

an. Seine wichtige inhaltliche Bedeutung ist in der Beschreibung der Assoziation zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variable zu verstehen.

Das *Bestimmtheitsmaß* (R^2) stellt die multiple quadrierte Korrelation dar und misst die Güte der Anpassung der Regressionsfunktion an empirische Daten. Es gibt den Anteil der aufgeklärten Varianz des Kriteriums in der Stichprobe wieder, welcher durch die Prädiktoren erklärt werden kann (Backhaus et al., 2000). Folglich quantifiziert das Bestimmtheitsmaß, wie gut die abhängige Variable durch den Prädiktor bestimmt werden kann. Der Wertebereich dieser normierten Größe liegt zwischen Null und Eins. Aufgrund der Tatsache, dass R^2 auf der Basis der Stichprobe errechnet wird, handelt es sich um eine überoptimistische Schätzung des eigentlichen Populationswertes. Daher wird ergänzend das *korrigierte Bestimmtheitsmaß* ($R^2_{adj.}$) als realistischerer Wert ermittelt, welcher die Anzahl der erklärenden Variablen sowie die Anzahl der Beobachtungen berücksichtigt (Janssen & Laatz, 2007). Dadurch ergibt sich eine Korrektur des Effektes, dass sich das einfache Bestimmtheitsmaß durch jede zusätzlich aufgenommene Variable erhöht, unabhängig davon, ob diese mit der Kriteriumsvariablen korreliert. Für die vergleichende Beurteilung von Regressionsmodellen mit unterschiedlicher Anzahl von Prädiktoren bzw. Beobachtungswerten kann somit das korrigierte Bestimmtheitsmaß als ein besseres Maß für die Güte der Vorhersagequalität der Regressionsgleichung angesehen werden. Der *t-Test* hingegen dient der Prüfung der Nullhypothese, dass ein Regressionskoeffizient in der Population gleich Null ist.

Des Weiteren wird mittels des *F-Tests* die Güte der Schätzung der Bestimmtheitsmaße für die Grundgesamtheit überprüft (Backhaus et al., 2000). Dieser Test prüft mit einem Signifikanzniveau von $p = .05$, ob das geschätzte Modell auch über die Stichprobe hinaus für die Grundgesamtheit Gültigkeit besitzt.

Zur Durchführung einer Regressionsanalyse ist die Überprüfung bestimmter *Modellprämissen* von essentieller Bedeutung (Normalverteilung, Linearität, Homoskedastizität und Multikollinearität). So sollte die Analyse zur Normalverteilung der Residuen ergeben, dass für jeden Wert der unabhängigen Variablen die abhängige Variable normalverteilt vorliegt. Bei Verletzung dieser Voraussetzung sind die Prüfgrößen der Testverfahren (F-Test und t-Test) als ungültig zu betrachten (Backhaus et al., 2000). Eine Verletzung der Linearität des Zusammenhangs führt zur Verzerrung der Schätzwerte. Die Modellprämisse der *Homoskedastizität*

beschreibt die Bedingung, dass die Streuung der Residualwerte mit wachsendem Wert der erklärenden Variablen ungefähr konstant bleibt. Liegt hingegen eine systematische Veränderung der Residualwerte vor, so muss von *Heteroskedastizität* ausgegangen werden, woraus eine ineffiziente Schätzung des Modells resultiert. Zusätzlich ist zu überprüfen, ob eine starke lineare Abhängigkeit der erklärenden Variablen untereinander (*Multikollinearität* genannt) vorliegt. Besteht ein hoher Zusammenhang zwischen zwei erklärenden Variablen, werden die Standardfehler der Regressionskoeffizienten größer und deren Schätzung damit unzuverlässiger. Die Stärke der Multikollinearität kann mittels des Konditionsindex angegeben werden, wobei Werte zwischen 10 und 30 für eine moderate bis starke und Werte über 30 für eine sehr starke Multikollinearität sprechen (Janssen & Laatz, 2007).

3.4.3 Datenauswertung

Die Eingabe sowie statistische Auswertung aller Untersuchungsdaten dieser Arbeit erfolgte mittels des Statistikprogramms SPSS (Statistic Package for the Social Sciences) für Windows in der Version 15.0.

4 Ergebnisse

4.1 Faktorenanalyse

In der vorliegenden Studie wurde eine exploratorische Faktorenanalyse durchgeführt, um die Dimensionalität und Struktur religiösen Copings zu untersuchen. In Anlehnung an die Untersuchung zur amerikanischen Originalversion des RCOPE von Pargament et al. (2000) wurden die Items von 11 ausgewählten Skalen einer Hauptkomponentenanalyse mit dem Ziel der Datenreduktion unterzogen. Dabei wurde eine oblique Rotation (oblimin mit Kaiser-Normalisierung) vorgenommen, da aus theoretischen Vorüberlegungen hinsichtlich des zu untersuchenden Konstruktes eine Interkorrelation der Faktoren angenommen werden kann.

Der Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizient (KMO-Koeffizient) lässt mit einem Wert von .87 eine gute Bewertung der Itemauswahl sowie eine gute Eignung der Stichprobe für die Durchführung einer Faktorenanalyse annehmen (vgl. Bühner, 2006, S. 207). Der Bartlett-Test auf Sphärizität ist signifikant ($\chi^2 = 3757.05$; $df = 820$; $p < .01$); das heißt, dass alle Korrelationen der Items signifikant von Null abweichen. Damit ist eine wichtige Voraussetzung für die Durchführung einer Faktorenanalyse gegeben.

4.1.1 Eigenwertkriterium

Als Extraktionskriterium wurde zunächst ein Faktoreigenwert größer als eins gewählt. Der Eigenwert eines Faktors repräsentiert dessen Wichtigkeit und stellt die Summe der quadrierten Ladungen über alle Items auf einem Faktor dar (Bühner, 2006). Nach Anwendung dieses Kriteriums wäre eine 7-faktorielle Lösung angemessen. Die sieben Faktoren klären gemeinsam 72 % der Gesamtvarianz auf. Faktor I dominiert hierbei deutlich mit einem Eigenwert von 15.14 und erklärt 37 % der Gesamtvarianz.

Es fällt auf, dass die Items zweier Faktoren hinsichtlich ihrer Ladungen annähernd vergleichbare Werte aufweisen. Sie zeigen jeweils eine hohe Nebenladung auf dem anderen Faktor. Auch inhaltlicher Art sind sich diese zwei Faktoren sehr ähnlich.

4.1.2 MAP-Test

Als eine weitere Extraktionsmethode zur Bestimmung der Faktorenanzahl wurde im Folgenden ein Minimum-Average-Partial-Test (MAP-Test) durchgeführt. Dieser gilt nach Einschätzungen von O'Connor (2000) als ein besonders geeignetes Extraktionskriterium, um die Faktorenanzahl zu bestimmen. Das Ziel dieses Tests ist es, so lange Faktoren zu extrahieren, bis die Korrelationsmatrix keine systematische Varianz mehr enthält (Bühner, 2006). In der vorliegenden Untersuchung legt der MAP-Test eine 6-faktorielle Lösung nahe. Durch diese sechs Faktoren können 69 % der Gesamtvarianz erklärt werden.

4.1.3 Dimensionen des religiösen Copings

Zu beobachten ist, dass die Faktoren I und V der 7-faktoriellen Lösung nach Durchführung des MAP-Tests zusammenfallen und gemeinsam einen starken ersten Faktor bilden (Eigenwert = 15.14). Dieser Faktor erfasst Items wie „Ich habe versucht zu erkennen, wie Gott mich in dieser Situation stärken möchte“ oder „Ich habe versucht, meine Pläne gemeinsam mit Gott in die Tat umzusetzen“. Die Items beschreiben eine positive Grundhaltung des religiösen Copings im Sinne einer Zusammenarbeit mit und Hinwendung zu Gott. Auf den verbleibenden fünf Faktoren laden die übrigen Items jeweils in der gleichen Verteilung wie zuvor schon in der 7-faktoriellen Lösung. Faktor II erfasst Items, die eine Unzufriedenheit mit Gott ausdrücken. Auf diesem Faktor laden Items wie „Ich habe Gottes Liebe zu mir in Frage gestellt“ oder „Ich war wütend, dass Gott nicht für mich da war“. Faktor III beschreibt die Thematik der spirituellen Umorientierung und erfasst z.B. die Items „Ich habe versucht, ein völlig neues Leben durch Religion zu finden“ und „Ich habe nach einer totalen geistlichen Wiedererweckung gesucht“. Faktor IV beinhaltet Items wie „Ich habe nach Unterstützung von Mitgliedern meiner Kirchengemeinde gesucht“ und beschreibt damit die Dimensionen der sozialen Unterstützung durch

eine Kirchengemeinde. Auf dem fünften Faktor laden Items, die eine Bestrafung durch Gott beschreiben (z.B. „Ich habe mich gefragt, was ich getan habe, dass Gott mich bestraft“ oder „Ich war der Meinung, dass Gott mich für meine Sünden bestraft“). Faktor VI erfasst schließlich Items wie „Ich habe mich auf meine eigene Stärke verlassen, ohne Gottes Unterstützung“ oder auch „Ich habe versucht, ohne Gottes Hilfe selbst mit der Situation zurechtzukommen“. Dieser Faktor beschreibt eine Form der Bewältigung ohne Gott.

Tabelle 3 gibt die Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse mit obliquen Rotation nach Berücksichtigung des MAP-Tests als Extraktionskriterium zusammengefasst wieder.

Tabelle 3: *Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse nach MAP-Test*

Faktor	Faktor-eigenwert	Markieritem (MI)	Ladung des MI	Thematik
I	15.14	„Ich habe versucht zu erkennen, wie Gott mich in dieser Situation stärken möchte.“	.87	Aktives Vertrauen - Hinwendung zu und Zusammenarbeit mit Gott
II	5.88	„Ich habe Gottes Liebe zu mir in Frage gestellt.“	.86	Unzufriedenheit mit Gott
III	2.43	„Ich habe versucht, ein völlig neues Leben durch Religion zu finden.“	.86	Spirituelle Umorientierung
IV	1.99	„Ich habe nach Unterstützung von Mitgliedern meiner Kirchengemeinde gesucht.“	.86	Soziale Unterstützung durch die Kirchengemeinde
V	1.55	„Ich habe mich gefragt, was ich getan habe, dass Gott mich bestraft.“	.71	Bestrafung durch Gott
VI	1.32	„Ich habe mich auf meine eigene Stärke verlassen, ohne Gottes Unterstützung.“	.80	Bewältigung ohne Gott

Hinsichtlich der drei Items der Subskala *Religious focus* fällt auf, dass diese sich einzeln jeweils auf unterschiedliche Faktoren verteilen. So lädt das Item „Ich habe über religiöse Dinge nachgedacht, um nicht über meine Probleme nachzudenken“ am höchsten auf dem dritten Faktor sowie das Item „Ich habe gebetet, um mich von meinen Problemen abzulenken“ am höchsten auf dem fünften Faktor. Das Item „Ich habe mich auf meine Religion konzentriert, um aufzuhören, mich über meine Probleme zu sorgen“ lädt auf dem sechsten Faktor am höchsten. Diese theoretische Subskala bildet demnach empirisch betrachtet keine eigenständig homogene Dimension. Die Items scheinen keine spezifische Copingstrategie zu beschreiben, sondern vielmehr allgemeine Aussagen zu treffen.

Die vier Items der Subskala *Pleading for direct intercession* verteilen sich ebenfalls auf verschiedene Faktoren. Zwei der Items („Ich habe zu Gott gefleht, dass alles gut geht“ (pdi5) und „Ich habe Gott inständig gebeten, dass alles ein gutes Ende nehmen wird“ (pdi2)) laden am höchsten auf dem ersten Faktor. Das Item „Ich habe für ein Wunder gebetet“ (pdi4) zeigt mit einem Wert von $a = .48$ die höchste Ladung auf Faktor II. Das Item „Ich habe mit Gott darüber verhandelt, dass er die Umstände verbessert“ (pdi1) lädt am höchsten auf Faktor III ($a = .54$). Beide Items weisen jedoch eine hohe Nebenladung auf dem ersten Faktor auf (pdi4: $a = .48$; pdi1: $a = .47$). Für die folgenden Berechnungen wurden die Items pdi4 und pdi1 aufgrund ihrer hohen Nebenladungen sowie unter Berücksichtigung der Inhaltsvalidität zum ersten Faktor hinzugezählt. Dieser umfasst nun insgesamt 18 Items und stellt damit den umfangreichsten und stärksten Faktor dar.

In Tabelle 4 ist eine Gegenüberstellung der theoretischen Ausgangsskalen des religiösen Copings und der empirischen ermittelten Faktoren gegeben. Es sind die 21 theoretischen Skalen von Pargament und Kollegen (2000) neben den zugehörigen empirisch erhobenen 17 Faktoren dargestellt. Die Ausgangsskalen der theoretischen Vorüberlegung, die in die vorliegende Analyse eingegangen sind, werden mit einem Sternchen (*) gekennzeichnet. Anhand der dritten Spalte lässt sich erkennen, in welcher Verteilung diese in die empirisch ermittelten Faktoren der vorliegenden Untersuchung eingegangen sind.

Tabelle 4: Gegenüberstellung der Dimensionen religiösen Copings

Theoretische Skalen Pargament et al. (2000)	Empirische Faktoren Pargament et al. (2000)	Empirische Faktoren der vorliegenden Untersuchung
<i>Religious Methods of Coping to Find Meaning</i>		
Benevolent Religious Reappraisal*	Benevolent Religious Reappraisal	Benevolent Religious Reappraisal (Faktor I)
Punishing God Reappraisal*	Punishing God Reappraisal	Punishing God Reappraisal (Faktor V)
Demonic Reappraisal	Demonic Reappraisal	
Reappraisal of God's Powers	Reappraisal of God's Powers	
<i>Religious Methods of Coping to Gain Control</i>		
Collaborative Religious Coping*	Collaborative Religious Coping	Collaborative Religious Coping (Faktor I)
Active Religious Surrender	Active Religious Surrender	
Passive Religious Deferral	Passive Religious Deferral	
Pleading for Direct Intercession*	Pleading for Direct Intercession	Pleading for Direct Intercession (Faktor I)
Self-Directing Religious Coping*		Self-Directing Religious Coping (Faktor VI)
<i>Religious Methods of Coping to Gain Comfort and Closeness to God</i>		
Seeking Spiritual Support*		Seeking Spiritual Support (Faktor I)
Religious Focus*	Religious Focus	Religious Focus (verteilt)
Religious Purification	Religious Purification/ Forgiveness	
Religious Forgiving		
Spiritual Connection	Spiritual Connection	
Spiritual Discontent*	Spiritual Discontent	Spiritual Discontent (Faktor II)
Marking Religious Boundaries	Marking Religious Boundaries	
<i>Religious Methods of Coping to Gain Intimacy with Others and Closeness to God</i>		
Seeking Support from Clergy or Members*	Seeking Support from Clergy or Members	Seeking Support from Clergy or Members (Faktor IV)
Religious Helping	Religious Helping	
Interpersonal Religious Discontent	Interpersonal Religious Discontent	
<i>Religious Methods of Coping to Achieve a Life Transformation</i>		
Seeking Religious Direction*		Seeking Religious Direction (Faktor I)
Religious Conversion*	Religious Direction/Conversion	Religious Conversion (Faktor III)

Anmerkung. * = Ausgangsskalen der theoretischen Vorüberlegung von Pargament et al. (2000), die in die vorliegende Untersuchung an chronischen Patienten in deutscher Übersetzung eingegangen sind.

Es wird im Folgenden die anhand des MAP-Tests eruierte 6-faktorielle Lösung allen weiteren Berechnungen zugrunde gelegt. Diese Entscheidung wurde mit Blick auf das Ziel der Datenreduktion (von sieben auf sechs Faktoren) bei vergleichbarem Informationsgehalt (erklärte Gesamtvarianz der 7-faktoriellen Lösung: 72 %; erklärte Gesamtvarianz der 6-faktoriellen Lösung: 69 %) getroffen. Ebenso erwies sich diese 6-faktorielle Lösung hinsichtlich inhaltlicher Überlegungen als sinnvoll.

4.2 Reliabilitäten

Die Reliabilitäten (Zuverlässigkeiten) wurden durch die Berechnung der inneren Konsistenzen erhoben. Als Reliabilitätsmaß wurde Cronbachs Alpha verwendet.

Die inneren Konsistenzen der Subskalen, die den Items der Faktoren I, II, III und IV entsprechen, sind mit Cronbachs Alpha-Werten zwischen $\alpha = .81$ und $\alpha = .96$ als gut bis sehr gut zu bewerten. Die innere Konsistenz der Subskala, die den Items des Faktors VI entspricht, ist mit einem Wert von $\alpha = .77$ akzeptabel. Die Subskala mit den Items des Faktors V weist ein niedriges Cronbachs Alpha auf ($\alpha = .68$).

Die innere Konsistenz der Skala *Musik* ist mit Cronbachs $\alpha = .89$ hoch. Die Depressivitätsskala *HADS_d* weist mit einem Wert von $\alpha = .79$ eine akzeptable innere Konsistenz auf.

4.3 Deskriptive Statistik

Tabelle 5 zeigt die Mittelwerte der sechs Faktoren des religiösen Copings jeweils mit zugehörigen Standardabweichungen sowie die Mittelwerte und Standardabweichungen für die Skalen *Musik* und *Depressivität*. Diese Werte geben Rückschluss auf Ausmaß und Variabilität der Anwendung der unterschiedlichen religiösen Bewältigungsstile. Die Studienteilnehmer konnten auf einer Skala von 1 (= *trifft überhaupt nicht zu*) bis 4 (= *trifft sehr stark zu*) einschätzen, in welchem Ausmaß die vorgelegten Aussagen für sie persönlich zutreffend sind (Range von $M = 1-4$). Die mittleren Punktwerte bewegen sich zwischen $M = 1.40$ und $M = 2.40$.

Aus den Daten der Tabelle geht hervor, dass der Faktor VI, der eine Bewältigungsstrategie ohne Gott beschreibt, im Mittel am häufigsten von den Studienteilnehmern ausgewählt wurde ($M = 2.40$). Der Bewältigungsstil *Aktives Vertrauen in Gott* (Faktor I) wurde mit einem mittleren Punktwert von $M = 2.11$ ebenfalls häufig benannt. Die Copingstrategien *Bestrafung durch Gott*, repräsentiert durch den Faktor V, und *Spirituelle Umorientierung* (Faktor III) wurden hingegen von den Probanden weniger häufig angewandt ($M = 1.40$).

Tabelle 5: Mittelwerte und Standardabweichungen

	F I	F II	F III	F IV	F V	F VI	Mu	HADS_d
M	2.11	1.44	1.40	1.42	1.40	2.40	1.60	1.76
SD	0.91	0.70	0.64	0.70	0.65	0.90	0.89	0.54

Anmerkungen. F I = Aktives Vertrauen, F II = Unzufriedenheit mit Gott, F III = Spirituelle Umorientierung, F IV = Soziale Unterstützung, F V = Bestrafung durch Gott, F VI = Bewältigung ohne Gott, Mu = Skala *Musik*; HADS_d = Skala *Depressivität* der „Hospital Anxiety and Depression Scale“; M = Mittelwert (Range 1-4); SD = Standardabweichung.

Zur Überprüfung auf Normalverteilung bei einer Stichprobengröße von $N > 50$ (vgl. Bühner, 2006, S. 82) wurden Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests durchgeführt. Für die Faktoren II, III, IV und V ist eine Abweichung von der Normalverteilung signifikant (asymptotische Signifikanz, 2-seitig: $p < .01$). Für die Faktoren I und VI kann die Annahme einer Normalverteilung nach dem Kolmogorov-Smirnov-Test bei einem Signifikanzniveau von 5 % nicht signifikant abgelehnt werden (asymptotische Signifikanz, 2-seitig: $p > .05$).

Für die Skala *Musik* kann die Annahme einer Normalverteilung aufgrund des Kolmogorov-Smirnov-Tests signifikant abgelehnt werden (asymptotische Signifikanz, 2-seitig: $p < .01$). Für die Skala *Depressivität* kann mit einer asymptotischen Signifikanz von $p = .051$ für die vorliegende Stichprobe eine Normalverteilung nicht signifikant abgelehnt werden.

Eine Zusammenstellung der deskriptiven Statistik der einzelnen sechs Faktoren mit Angaben zu Minimum, Maximum, Standardfehler, Schiefe und Kurtosis ist der Tabelle B 1 im Anhang zu entnehmen. Die Tabelle B 2 (siehe Anhang B) stellt die detaillierten Statistiken der einzelnen Items dar. Sie enthält die teststatistischen Kennwerte Mittelwert, Standardabweichung und Cronbachs Alpha, wenn das Item nicht in die Skala aufgenommen würde.

4.4 Bivariate Korrelationen zu religiösen Bewältigungsstrategien

4.4.1 Nonparametrische Korrelationen zu soziodemographischen Daten

Es wurde untersucht, ob und inwieweit religiöse Copingstrategien einerseits sowie Depressivität andererseits in Zusammenhang mit soziodemographischen Merkmalen (Lebensalter und Geschlecht) stehen. Um etwaige Confoundergrößen zu identifizieren, wurden zunächst Spearman-Rangkorrelationen berechnet, da die zu untersuchenden Variablen von einer Normalverteilung abweichen. Hinsichtlich des religiösen Copings wurden für die Berechnungen sowohl die Faktoren I bis VI als auch die Skala *Musik* berücksichtigt. Die Ergebnisse werden in Tabelle 6 zusammengefasst dargestellt.

Es bestehen keine signifikanten Korrelationen (Spearman) zwischen dem Lebensalter der Probanden und den Faktoren I bis V sowie der Skala *Musik*. Bezüglich des sechsten Faktors (*Bewältigung ohne Gott*) lässt sich ein Zusammenhang in folgender Hinsicht feststellen: Je jünger die Probanden sind, desto häufiger wenden sie diese Strategie an ($r = -.31, p < .01$).

Es lassen sich keine signifikanten Korrelationen zwischen dem Merkmal Geschlecht und den Skalen des religiösen Copings sowie der Skala *Musik* feststellen.

Die Merkmale Lebensalter und Geschlecht korrelieren beide nicht mit der HADS-Skala *Depressivität*. Signifikante Korrelationen lassen sich zwischen dem Faktor II ($r = .20$) sowie dem Faktor IV ($r = -.20$) des religiösen Copings und der HADS-Skala

Depressivität feststellen. Auch die Skala *Musik* korreliert mit dieser Skala signifikant ($r = -.23$). Das Signifikanzniveau beträgt jeweils $p = 0.05$. Zwischen dem fünften Faktor (*Bestrafung durch Gott*) und der HADS-Skala *Depressivität* lässt sich eine auf dem 0.01 Niveau signifikante Korrelation bemerken ($r = .33$).

Tabelle 6: *Spearman-Rangkorrelationen – soziodemographische Daten*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Geschlecht									
2. Alter	-.03								
3. Faktor I	-.09	.01							
4. Faktor II	.01	-.15	.11						
5. Faktor III	-.05	.06	.56**	.21*					
6. Faktor IV	-.03	.05	.68**	.11	.55**				
7. Faktor V	.07	-.17	.14	.55**	.22*	.01			
8. Faktor VI	.02	-.31**	-.55**	.30**	-.18*	-.45**	.20*		
9. Musik	-.08	.03	.55**	.15	.47**	.68**	-.13	-.30**	
10. HADS_d	.02	.09	-.10	.20*	-.03	-.20*	.33**	.12	-.23*

Anmerkungen. Geschlecht: 0 = weiblich, 1 = männlich; HADS_d = Skala *Depressivität* der „Hospital Anxiety and Depression Scale“. * = Die Korrelation ist auf dem .05 Niveau signifikant (zweiseitig); ** = Die Korrelation ist auf dem .01 Niveau signifikant (zweiseitig).

In Tabelle B 2 (siehe Anhang B) sind die einzelnen Spearman-Rangkorrelationen für die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Items des religiösen Copings und der *Depressivitätsskala* (HADS_d) aufgelistet.

4.4.2 Nonparametrische Korrelationen zur Anzahl der Diagnosen

Es bestehen keine signifikanten Korrelationen zwischen der Anzahl der Diagnosen und den Skalen des religiösen Copings. Ebenso lassen sich für die Betrachtung der Anzahl der Diagnosen in Bezug auf die Skala *Depressivität* keine Spearman-

Rangkorrelationen feststellen. Das Merkmal der Diagnosenanzahl scheint demnach nicht als Confounder zu fungieren.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen dem Lebensalter und der Anzahl an Diagnosen lassen sich erwartungskonforme signifikante Korrelationen nachweisen. So zeigt sich das folgende Bild: Je älter, desto komorbider sind die untersuchten Probanden ($r = .28, p < .01$; vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: *Spearman-Rangkorrelationen – Anzahl der Diagnosen*

	Ges	Alter	F I	F II	F III	F IV	F V	F VI	Mu	HADS_d
N	.01	.28**	.02	-.02	.07	-.06	.12	-.14	-.13	.18

Anmerkungen. Ges = Geschlecht (0 = weiblich, 1 = männlich); F I = Aktives Vertrauen, F II = Unzufriedenheit mit Gott, F III = Spirituelle Umorientierung, F IV = Soziale Unterstützung, F V = Bestrafung durch Gott, F VI = Bewältigung ohne Gott; Mu = Skala *Musik*; HADS_d = Skala *Depressivität* der „Hospital Anxiety and Depression Scale“; N = Merkmal „Anzahl der Diagnosen“. ** = Die Korrelation ist auf dem .01 Niveau signifikant (zweiseitig).

4.4.3 Partialkorrelationen

In einem weiteren Schritt wurden Partialkorrelationen berechnet, um festzustellen, wie die einzelnen sechs Faktoren religiöser Bewältigungsstrategien jeweils mit der Variablen *Depressivität* zusammenhängen, wenn die Merkmale Lebensalter, Geschlecht und Anzahl der Diagnosen statistisch kontrolliert werden. Ebenso wurde mittels Partialkorrelationen berechnet, wie die Skala *Musik* mit der Variablen *Depressivität* zusammenhängt, wenn die Kontrollvariablen Lebensalter, Geschlecht und Anzahl der Diagnosen auspartialisiert werden. Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse dieser Berechnungen.

Tabelle 8: Korrelationen zwischen religiösen Copingstrategien und Depressivität sowie Partialkorrelationen

Faktoren	HADS_d ^a	HADS_d ^b	HADS_d ^c
F I: Aktives Vertrauen	-.10	-.15	-.16
F II: Unzufriedenheit mit Gott	.20*	.25**	.25**
F III: Spirituelle Umorientierung	-.03	-.08	-.09
F IV: Soziale Unterstützung	-.20*	-.25**	-.24*
F V: Bestrafung durch Gott	.33**	.36**	.34**
F VI: Bewältigung ohne Gott	.11	.18	.20*
Musik	-.24 *	-.28**	-.26**

Anmerkungen. HADS_d = Skala *Depressivität* der „Hospital Anxiety and Depression Scale“. ^a = ohne Kontrollvariablen; ^b = mit Kontrollvariablen Geschlecht, Alter; ^c = mit Kontrollvariablen Geschlecht, Alter, Anzahl der Diagnosen. * = Die Korrelation ist auf dem .05 Niveau signifikant (zweiseitig); ** = Die Korrelation ist auf dem .01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Auffällig ist, dass Faktor VI, der die Bewältigungsstrategie ohne Gott repräsentiert, zunächst keine signifikante Korrelation mit der Skala *Depressivität* aufweist ($r = .11$; $p > .05$). Nachdem die Störvariablen Geschlecht, Alter und Anzahl der Diagnosen herausgerechnet wurden, wird der Zusammenhang jedoch signifikant ($r = .20$; $p < .05$). Bei der Korrelation der Skala *Musik* mit der Depressivitätsskala ist nach Auspartialisierung der Störvariablen Geschlecht und Alter eine Änderung des Signifikanzniveaus von zuvor .05 auf .01 zu beobachten. Dieses strengere Signifikanzniveau wird ebenso beim Zusammenhang der Depressivitätsskala mit Faktor II (= Unzufriedenheit mit Gott) nach statistischer Kontrolle der Variablen Geschlecht und Alter erreicht ($p < .01$).

4.5 Multiple Regressionsanalyse

Zur Überprüfung der Annahme, psychisches Wohlbefinden sei durch religiöse Bewältigungsstrategien multivariat vorhersagbar, wurde eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt. Als Kriteriumsvariable (= abhängige Variable) galt hierbei die Depressivitätsskala der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS_d). Zur Vorhersage des psychischen Wohlbefindens gingen die sechs Dimensionen des religiösen Copings sowie die Skala *Musik* als Prädiktorvariablen in die multiple Regressionsanalyse ein.

4.5.1 Stichprobeneignung

Nach einmaliger Durchführung einer multiplen Regressionsanalyse mit einem Datensatz von $N = 117$ wurde die Stichprobe hinsichtlich einzelner Fälle untersucht, welche die Regressionsgleichung stark beeinflussen (so genannte Ausreißer). Dazu wurde die Mahalanobis-Distanz analysiert. Dieses Distanzmaß misst, wie stark ein Fall hinsichtlich der erklärenden Variablen vom Durchschnitt der anderen Fälle abweicht (Janssen & Laatz, 2007). Des Weiteren wurden die standardisierten Residuen bestimmt. Dazu wurden die Fälle identifiziert, deren Residuen mehr als drei Standardabweichungen vom Mittelwert abwichen. Die entsprechenden Personen wurden als Ausreißer betrachtet. Die Analyse führte zum Ausschluss von insgesamt sechs Fällen. Anschließend wurde die Stichprobe erneut mittels Berechnung der Mahalanobis-Distanz auf ihre Eignung für die multiple Regressionsanalyse überprüft. Aufgrund dieser Berechnung wurde ein weiterer Proband von der Analyse ausgeschlossen. In der verbleibenden Stichprobe mit einer Größe von $N = 110$ waren nun keine ungewöhnlichen Fälle mehr zu beobachten. Nach Bortz und Döring (2002) ist diese Stichprobengröße ausreichend, um bei der gewählten Anzahl von 9 Prädiktoren, sowie einem α -Wert von 5 % und einem β -Wert von 80 % einen mittelstarken Effekt von $f^2 = .16$ nachzuweisen (Faul & Erdfelder, 1992).

4.5.2 Bivariate Korrelationen zwischen den Prädiktoren

Tabelle B 3 im Anhang gibt die bivariaten Korrelationen nach Pearson zwischen den einzelnen Prädiktoren untereinander wieder. Es zeigt sich, dass die Prädiktoren Alter und Faktor II – *Unzufriedenheit mit Gott* ($r = -.26, p < .01$), Alter und Faktor V – *Bestrafung durch Gott* ($r = -.22, p < .05$) sowie Alter und Faktor VI – *Bewältigung ohne Gott* ($r = -.29, p < .01$) negativ miteinander korrelieren.

Nach Berücksichtigung der geforderten Prädiktorenanzahl bei einer Stichprobengröße von $N = 110$, nach Erkennen und Ausschluss von Ausreißern sowie nach Betrachtung der Variablen-Korrelationsmatrix wurde schließlich eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden.

4.5.3 Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse

Durchgeführt wurde zunächst eine blockweise Regressionsanalyse. Tabelle 9 enthält die Gesamtmodellstatistiken. Aufgeführt ist der Wert für R , der die Höhe der multiplen Korrelation zwischen den Prädiktoren und dem Kriterium angibt. Ferner wird die quadrierte multiple Korrelation (R^2 bzw. Bestimmtheitsmaß) dargestellt. Dieses Bestimmtheitsmaß zeigt den Anteil der aufgeklärten Varianz des Kriteriums in der Stichprobe an, welcher durch die Prädiktoren erklärt werden kann (Backhaus et al., 2000). Das adjustierte Bestimmtheitsmaß ($R^2 \text{ adj.}$) bietet eine gewisse Korrektur des Effektes, dass sich das einfache Bestimmtheitsmaß durch jede zusätzlich aufgenommene Variable im Modell erhöht, unabhängig davon ob diese mit der Kriteriumsvariablen korreliert. Es stellt eine konservativere Schätzung des Zusammenhangs dar. Des Weiteren sind der Tabelle 9 die Änderung von F , die Werte für $df 1$ und $df 2$ sowie die Änderung der Signifikanz zu entnehmen.

Tabelle 9: Kennwerte der Regressionsmodelle zum Ausmaß der Depressivität

Modell	R	R ²	R ² (adj.)	Änderung F	df1	df2	Änderung Signifikanz
1 ^a	.11	.01	-.01	.627	2	107	.536
2 ^b	.46	.21	.14	3.621	7	100	.002

Anmerkungen. Abhängige Variable: HADS_d. ^a Einflussvariablen: Konstante, Alter, Geschlecht; ^b Einflussvariablen: Konstante, Alter, Geschlecht, Faktor I bis VI, Skala Musik.

Es werden zwei Modelle betrachtet, in denen die Depressivitätsskala der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS_d) jeweils als Kriteriumsvariable (= abhängige Variable) gilt. In Modell 1 wurden die Einflussvariablen Alter und Geschlecht als Prädiktoren in die Regressionsanalyse aufgenommen. Modell 2 berücksichtigt zusätzlich zu den Variablen Alter und Geschlecht die sechs Dimensionen des religiösen Copings (*Aktives Vertrauen, Unzufriedenheit mit Gott, Spirituelle Umorientierung, Soziale Unterstützung, Bestrafung durch Gott, Bewältigung ohne Gott*) sowie die Skala Musik.

Die multiple Korrelation beträgt im ersten Modell $R = .11$. Für das Bestimmtheitsmaß wurde ein Wert von $R^2 = .01$ ermittelt. Der Signifikanztest zeigt, dass die potenziellen Confounder keinen signifikanten Erklärungswert aufweisen. Das zweite Regressionsmodell enthält zusätzlich die Strategien religiöser Bewältigung. Die multiple Korrelation beträgt im zweiten Modell $R = .46$, das Bestimmtheitsmaß $R^2 = .21$. Für das korrigierte Bestimmtheitsmaß (R^2 adj.) wurde eine Varianzaufklärung von 14 % für Modell 2 ermittelt. Gegenüber dem ersten Modell entspricht dies einer Steigerung um 14%. Entsprechend können 14 % der Kriteriumsvarianz auf die religiöse Krankheitsbewältigung zurückgeführt werden. Aus der Spalte „Änderung Signifikanz“ der Tabelle 9 geht hervor, dass die Aufnahme der sieben Strategien religiöser Bewältigung (inklusive der Skala Musik) in das Regressionsmodell zu einer signifikanten Verbesserung der Vorhersage der Kriteriumsvariablen gegenüber Modell 1 führt ($p = .002$).

In Tabelle B 4 (siehe Anhang B) ist der F-Signifikanztest für die multiple Korrelation R dargestellt. Mittels des F-Tests wird die Güte der Schätzung der Bestimmtheitsmaße für die Grundgesamtheit überprüft (Backhaus et al., 2000). Die Ergebnisse des F-Test zeigen, dass die multiple Korrelation R zwischen den Prädiktoren des Modells 2 und der Kriteriumsvariablen signifikant größer als Null ist (Signifikanz $p = .003$). Die Erklärungsgüte von 14 % aufgeklärter Varianz ist nach dem F-Test auf dem 5 %-Niveau signifikant. Das bedeutet, dass es mit den gewählten Prädiktoren des Modells 2 (Alter, Geschlecht, Dimensionen I bis VI der religiösen Bewältigungsstrategien, sowie Skala *Musik*) möglich ist, einen signifikanten Anteil der Varianz des Kriteriums Depressivität aufzuklären.

4.5.4 Überprüfung der Voraussetzungen des linearen Regressionsmodells

Die Anwendung einer multiplen Regressionsanalyse setzt die Beachtung einiger Prämissen voraus (vgl. Backhaus et al., 2000, S. 32ff), welche im Folgenden kurz skizziert werden. Es wird zudem auf die Probleme eingegangen, die sich aus einer Verletzung der Anforderungen des linearen Regressionsmodells ergeben. Ferner werden für die vorliegende Untersuchung die Voraussetzungen für eine teststatistische Interpretation der Werte überprüft.

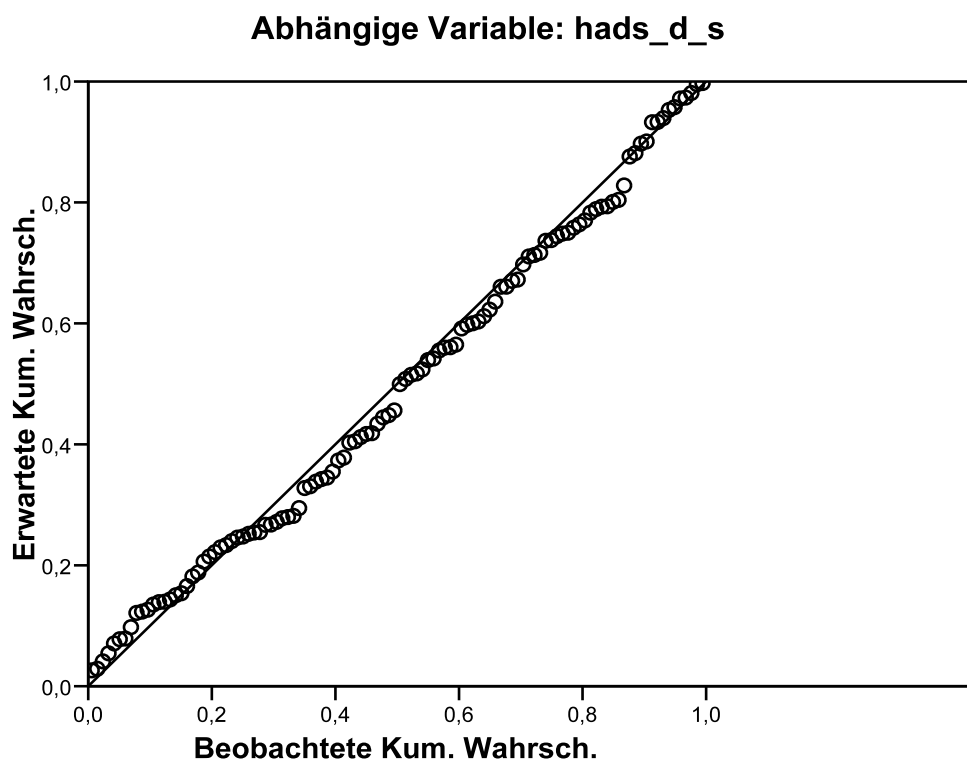
4.5.4.1 Normalverteilung der Residuen

Anhand der Abbildung 3 wird überprüft, ob eine Normalverteilung der Residuen vorliegt. In diesem P-P-Diagramm ist die empirisch ermittelte kumulierte Verteilung der standardisierten Residuen der zu erwartenden kumulierten Häufigkeitsverteilung gegenübergestellt. Für jeden Wert der unabhängigen Variablen X sollte die abhängige Variable normalverteilt vorliegen. Bei Verletzung dieser Bedingung sind die Prüfgrößen der Testverfahren (F-Test und t-Test) im Prinzip ungültig (Backhaus et al., 2000). Ist die Voraussetzung der Normalverteilung erfüllt, so müssen die ausgegebenen Werte auf einer Geraden liegen.

Wie aus der Abbildung 3 ersichtlich ist, stellen die Werte eine gute Näherung an eine Gerade dar, so dass von einer Normalverteilung der Residuen ausgegangen

werden kann. Diese Beobachtung wird auch durch die Analyse des Kolmogorov-Smirnov-Tests bestätigt. Dieser zeigt, dass die Annahme einer Normalverteilung der Residuen bei einem Signifikanzniveau von 5 % nicht signifikant abgelehnt werden kann (asymptotische Signifikanz, 2-seitig: $p > .05$).

Abbildung 3: Normalverteilung der Residuen

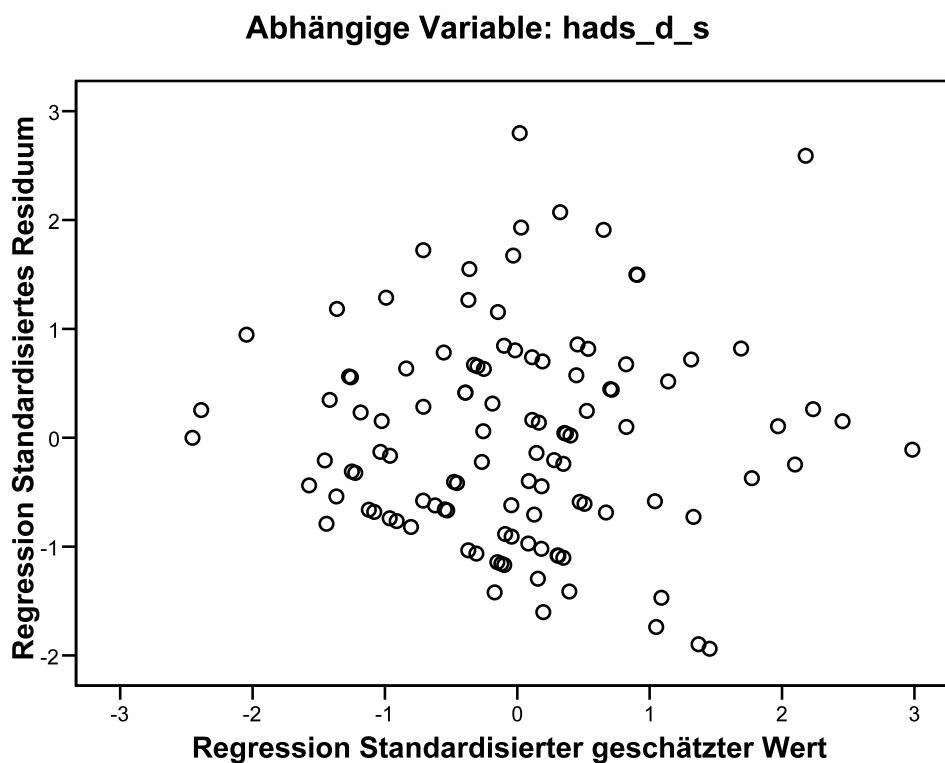


4.5.4.2 Linearität des Zusammenhangs

Die Bedingung einer linearen Beziehung zwischen Prädiktor- und Kriteriumsvariablen wird anhand des Streudiagramms (siehe Abbildung 4) überprüft. In diesem sind die Beziehungen zwischen den standardisierten Vorhersagewerten und den standardisierten Residuen dargestellt. Ist die Voraussetzung der Linearität in den Parametern verletzt, so führt dies nach Angaben von Backhaus und Kollegen (2000) zu einer Verzerrung der Schätzwerte.

Abbildung 4 zeigt im Bereich der niedrigen Werte der standardisierten Residuen eine nichtlineare Tendenz. Es lässt sich jedoch kein systematisches Muster der Punktwolke beispielsweise in Form eines Dreiecks oder einer Raute erkennen, so dass die Voraussetzung der Linearität als erfüllt betrachtet werden kann.

Abbildung 4: *Standardisierte Vorhersagewerte/ Standardisierte Residuen*



4.5.4.3 Homoskedastizität der Störgrößen

Für die Überprüfung der Homoskedastizität wird ebenfalls das in Abbildung 4 dargestellte Streudiagramm zugrunde gelegt. Die Voraussetzung der Homoskedastizität verlangt, dass die Streuungen der Residuen über die Werte der abhängigen Variablen konstant vorliegen. Wird diese Prämisse verletzt, so resultiert eine ineffiziente Schätzung. Zudem wird dadurch der Standardfehler des Regressionskoeffizienten verfälscht.

In Abbildung 4 ist zu sehen, dass kein Zusammenhang zwischen der Variation der standardisierten Residuen und der Größe der Vorhersage besteht, da die Punktwolke kein erkennbares Muster zeigt. Die Annahme der Homoskedastizität kann somit aufrechterhalten werden.

4.5.4.4 Kollinearität zwischen den unabhängigen Variablen

Die Bedingung der Unabhängigkeit der Prädiktoren voneinander ist nach Backhaus und Kollegen (2000) bei empirischen Daten niemals exakt erfüllt, so dass immer ein gewisser Grad an Multikollinearität besteht. Das Problem der Multikollinearität tritt bei starker wechselseitiger Abhängigkeit zwischen den Prädiktoren auf. Mit zunehmender Multikollinearität kommt es zu einer Ineffizienz der Schätzwerte: Die Standardfehler der Regressionskoeffizienten werden größer und deren Schätzung damit unzuverlässiger. Nach einer Einschätzung von Tabachnick und Fidell (2007, S. 90) besteht das Problem der Multikollinearität dann, wenn die bivariaten Korrelationen $r = .90$ oder höher sind.

Nach Analyse der bivariaten Korrelationen, die maximal $r = .81$ ($p < .01$) betragen, kann von einer vollständigen Unabhängigkeit der Prädiktoren nicht ausgegangen werden. Andererseits liegt eine lineare Abhängigkeit der Prädiktoren ebenfalls nicht vor. Die Beurteilung des Konditionsindex mit einem Wert von 26.95 erlaubt nach Janssen und Laatz (2007) für das vorliegende Regressionsmodell die Einschätzung, dass keine sehr starke Multikollinearität vorliegt.

4.5.5 Explorative Ergebnisdarstellung einzelner Prädiktoren

4.5.5.1 Unstandardisierte Regressionsgewichte und t-Signifikanztests

Der Tabelle 10 können die unstandardisierten Regressionsgewichte (B), die Standardfehler der Regressionsgewichte (SE), die t-Werte zur Signifikanzprüfung sowie die Signifikanzwerte (p-Werte) für jeden t-Test entnommen werden. Der t-Test überprüft die Nullhypothese, dass ein Regressionskoeffizient in der Population gleich Null ist (Backhaus et al., 2000). Des Weiteren sind die bivariaten Korrelationen sowie die quadrierten Semipartialkorrelationen aufgeführt. Die

quadrierten Semipartialkorrelationen geben den eigenständigen Varianzbeitrag eines von den anderen Prädiktoren residualisierten Prädiktors an der gesamten Kriteriumsvarianz an (Bortz, 2005).

Tabelle 10: Kennwerte der Prädiktoren in Modell 2 zum Ausmaß der Depressivität

	B	SE	t-Wert	Signifi- kanz	Bivariate Korrelatio- nen	Quadrierte Semipartial- Korrelation
Konstante	9.571	2.612	3.665	.000		
Geschlecht	.354	.720	.479	.633	.06	.00
Alter	.039	.021	1.814	.073	.09	.03
F I	-.017	.035	-.477	.635	-.14	.00
F II	.173	.126	1.376	.172	.27	.02
F III	-.051	.210	-.245	.807	-.10	.00
F IV	-.129	.186	-.696	.488	-.22	.01
F V	.539	.265	2.033	.045	.34	.04
F VI	-.104	.133	-.786	.434	.10	.01
Musik	-.123	.229	-.537	.592	-.26	.00

Anmerkungen. SE = Standardfehler; Geschlecht: 0 = weiblich, 1 = männlich; F I = Aktives Vertrauen, F II = Unzufriedenheit mit Gott, F III = Spirituelle Umorientierung, F IV = Soziale Unterstützung, F V = Bestrafung durch Gott, F VI = Bewältigung ohne Gott; abhängige Variable: HADS_d.

Aus dem Signifikanzwert für Faktor V ($p = .045$) lässt sich ersehen, dass das zugehörige Regressionsgewicht $B = .54$ in der Population von Null verschieden ist. Dieser Prädiktor (Dimension *Bestrafung durch Gott*) leistet demnach einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Kriteriumsvariablen Depressivität. Die quadrierte Semipartialkorrelation erweist Faktor V als stärksten Prädiktor des Modells. Durch ihn werden 4 % der Varianz in der Depressivität erklärt.

4.5.5.2 Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse – vorwärts und rückwärts

Im Folgenden wurde erneut eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt, wobei als Analysemethode diesmal das Verfahren der schrittweisen Regression gewählt wurde. Diese wurde sowohl vorwärts als auch rückwärts berechnet.

In Tabelle 11 sind die Ergebnisse der rückwärts durchgeführten schrittweisen Regressionsanalyse dargestellt. Dabei wurde geprüft, ob die ausgewählten Prädiktorvariablen nach dem Kriterium einer Irrtumswahrscheinlichkeit des F-Tests von $p \geq .10$ eliminiert werden können. Beide Analyseverfahren (vorwärts und rückwärts) lieferten das gleiche Ergebnis. Es konnte gezeigt werden, dass die Dimension *Bestrafung durch Gott* (Faktor V der religiösen Bewältigungsstrategien) und die Skala *Musik* gemeinsam die beiden Prädiktoren der Regressionsgleichung darstellen, durch welche die Kriteriumsvariable Depressivität am besten vorhergesagt werden kann.

Tabelle 11: Schrittweise Regressionsanalyse (rückwärts)

Modell	Variablen	Entfernte Variablen	R	R ²	Adjustiertes R ²
1	Faktor I bis VI, Skala Musik		.43	.18	.13
2 ^a	Faktor I, II, IV-VI, Skala Musik	Faktor III	.43	.18	.14
3 ^a	Faktor I, II, V, VI, Skala Musik	Faktor IV	.43	.18	.14
4 ^a	Faktor II, ,V, VI, Skala Musik	Faktor I	.42	.17	.14
5 ^a	Faktoren II, V, Skala Musik	Faktor VI	.41	.17	.14
6 ^a	Faktor V, Skala Musik	Faktor II	.40	.16	.15

Anmerkungen. F I = Aktives Vertrauen, F II = Unzufriedenheit mit Gott, F III = Spirituelle Umorientierung, F IV = Soziale Unterstützung, F V = Bestrafung durch Gott, F VI = Bewältigung ohne Gott; abhängige Variable: HADS_d; ^a = Methode: Rückwärts (Kriterium: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluss $p \geq .10$).

5 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, den Zusammenhang zwischen religiösem Coping und Depressivität an einem Kollektiv chronisch erkrankter Patienten zu untersuchen. Hinsichtlich der aufgestellten Hypothese war zu überprüfen, ob der vermutete Zusammenhang zwischen der Anwendung religiöser Copingstrategien und dem Erleben von Depressivität bei chronisch erkrankten Patienten besteht. Um die unterschiedlichen Dimensionen des religiösen Copings umfangreich und differenziert zu erfassen, wurde in der vorliegenden Studie das von Lehr und Kollegen (2007) für den deutschen Sprachraum übersetzte und an einem Kollektiv von Studenten validierte Instrumentarium RCOPE eingesetzt. Mittels exploratorischer Faktorenanalyse konnte eine 6-faktorielle Lösung gefunden werden, mit der 69 % der Gesamtvarianz erklärt werden. Die Skala *Musik* wurde neu entwickelt und als eine weitere Dimension religiösen Copings in die Untersuchung zum Zusammenhang mit Depressivität aufgenommen. Die ermittelte innere Konsistenz dieser Skala kann mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha = .89$ als hoch bewertet werden. Das Erleben von Depressivität wurde mit der Depressivitätsskala des deutschsprachigen Messinstrumentes HADS-D erfasst (Herrmann & Buss, 1994). Mittels bivariater Korrelationsanalysen wurden zunächst die Zusammenhänge zwischen den einzelnen religiösen Copingstrategien und dem Erleben von Depressivität untersucht. Nach statistischer Kontrolle der Merkmale Lebensalter, Geschlecht und Anzahl der Diagnosen ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den Skalen *Soziale Unterstützung* ($r = -.24$), *Musik* ($r = -.26$), *Unzufriedenheit mit Gott* ($r = .25$) sowie *Bestrafung durch Gott* ($r = .34$) und der Variablen Depressivität. Die durchgeführte multiple Regressionsanalyse zur weiteren Überprüfung der Hypothese gab zusätzlich Aufschluss über die Bedeutung von religiösem Coping – bestehend aus unterschiedlichen Strategien – für das Ausmaß an Depressivität. Es konnte mit einer Erklärungsgüte von 14 % aufgeklärter Varianz nachgewiesen werden, dass die Aufnahme der sechs Dimensionen religiöser Copingstrategien sowie der Skala *Musik* in das Regressionsmodell zu einer signifikanten Verbesserung der Vorhersage der Kriteriumsvariablen Depressivität führt. Die Hypothese eines bestehenden Zusammenhanges zwischen der Anwendung religiöser Copingstrategien und dem Erleben von Depressivität

konnte somit bestätigt werden. Ferner wurde in einem explorativen Teil der Arbeit die Bedeutung der einzelnen religiösen Copingstrategien für den Zusammenhang mit Depressivität untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass die beiden Skalen *Bestrafung durch Gott* und *Musik* diejenigen Prädiktoren der Regressionsgleichung darstellen, durch welche die Kriteriumsvariable Depressivität am besten vorhergesagt werden kann.

5.1 Stichprobe

Trotz der Angemessenheit des statistischen Vorgehens ist die Stichprobe vergleichsweise klein. Für die zukünftige Forschung sind Untersuchungen wünschenswert, die eine größere Stichprobe einschließen, um präzisere und validere Ergebnisse erzielen zu können sowie kleine statistisch signifikante Effekte nachzuweisen. Ferner sollte die Auswahl eines repräsentativen Kollektivs aus verschiedenen Regionen Deutschlands angestrebt werden, um etwaige regional-religiöse Unterschiede zu kontrollieren.

Weiterhin wurde überprüft, ob der Rückgriff auf religiöse Überzeugungen im Rahmen des Krankheitsbewältigungsprozesses in einem Zusammenhang mit unterschiedlichen soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Lebensalter, Anzahl der Diagnosen) steht. In Bezug auf die Variable Geschlecht kann ein solcher Zusammenhang für diese Stichprobe signifikant verneint werden. Für das Merkmal des Lebensalters wurden in verschiedenen Voruntersuchungen immer wieder Assoziationen in der Hinsicht beschrieben, dass ältere Menschen religiöse Copingstrategien häufiger anwenden als Jüngere (z.B. Pargament et al., 2000; Ferraro & Koch, 1994). In vergleichbarer Weise lassen sich auch die Beobachtungen der vorliegenden Studie interpretieren. So ist für die Dimension *Bewältigung ohne Gott* der Zusammenhang festzustellen, dass jüngere Probanden auf diese Strategie häufiger zurückgreifen als ältere Probanden.

Bei Betrachtung der Häufigkeitsstatistik über die Anwendung der einzelnen religiösen Bewältigungsstrategien fällt für die untersuchte Stichprobe auf, dass zwei inhaltlich gegensätzliche Dimensionen im Mittel am häufigsten genannt werden. Mit

einem mittleren Punktwert von $M = 2.40$ wird demnach die Copingstrategie *Bewältigung ohne Gott* noch häufiger von chronischen Patienten angewendet als die Strategie *aktives Vertrauen in Gott* ($M = 2.11$). Als ursächlich für diesen Befund kann möglicherweise die im Allgemeinen geringere Bedeutung von Religiosität in Deutschland beispielsweise im Vergleich zur Bedeutung von Religiosität in den USA angenommen werden. Nach den Ergebnissen des Religionsmonitors (Bertelsmann Stiftung, 2007) können in den USA 89 Prozent der Bevölkerung als religiös und sogar 62 Prozent als hochreligiös bezeichnet werden. Dagegen liegen die Angaben für die deutsche Bevölkerung bei 70 bzw. 18 Prozent.

Es bleibt ferner wichtig zu erforschen, ob die Strategien des religiösen Copings bei Personen mit unterschiedlichen Erkrankungen in gleicher Weise wirken. Die deutsche Forschergruppe um Büssing konnte beim Vergleich ihrer Studien Unterschiede zwischen Patienten mit einer chronischen Erkrankung und Krebspatienten hinsichtlich ihrer Religiosität/Spiritualität erkennen (vgl. Büssing, Fischer, Ostermann & Matthiessen, 2008). Die unterschiedlichen Charakteristika verschiedener Kollektive gilt es daher bei der Gegenüberstellung von Studienergebnisse unbedingt zu beachten. Es ist in weiteren Untersuchungen der Frage nachzugehen, durch welche Variablen diese Unterschiede bedingt werden. So lässt sich beispielsweise vermuten, dass bei Patienten mit einer Tumorerkrankung die Variable der Lebensbedrohlichkeit im Umgang mit ihrer Erkrankung von Bedeutung sein kann. Diese Überlegungen machen das begründete Interesse an der Untersuchung religiöser Copingstrategien in verschiedenen Kollektiven verständlich. Auch die deutschsprachige Version des RCOPE (Lehr et al., 2007) wird gegenwärtig in Studien mit Tumorpatienten sowie psychisch erkrankten Personen innerhalb des Projektes „Religiosität und Gesundheit“ weiter erprobt.

5.2 Methode

In methodischer Hinsicht konnte durch faktorenanalytische Untersuchungen in dieser Studie gezeigt werden, dass sich die RCOPE-Skalen auch an einem Kollektiv

chronisch Erkrankter als weitgehend stabil erweisen. Die anhand des MAP-Tests eruierte 6-faktorielle Lösung mit den Skalen *Aktives Vertrauen*, *Unzufriedenheit mit Gott*, *Spirituelle Umorientierung*, *Soziale Unterstützung*, *Bestrafung durch Gott und Bewältigung ohne Gott* scheint zudem bezüglich inhaltlicher Überlegungen in sich schlüssig. Die inneren Konsistenzen der Skalen *Aktives Vertrauen*, *Unzufriedenheit mit Gott*, *Spirituelle Umorientierung*, *Soziale Unterstützung* und *Musik* sind mit Cronbachs Alpha-Werten zwischen $\alpha = .81$ und $\alpha = .96$ als gut bis sehr gut zu bewerten. Die innere Konsistenz der Skala *Bewältigung ohne Gott* ist mit einem Wert von $\alpha = .77$ akzeptabel. Lediglich die Skala *Bestrafung durch Gott* weist ein niedriges Cronbachs Alpha auf ($\alpha = .68$). Möglicherweise lässt sich dies damit erklären, dass die Itemanzahl von drei Items zu gering für eine präzise Beschreibung und Erfassung dieser Dimension ist.

Anzumerken bleibt, dass sich der Beurteilungszeitraum für die Angaben über die Anwendung religiöser Copingstrategien von dem Zeitraum zur Einschätzung des Erlebens von Depressivität unterscheidet. So werden mit der HADS-D (Hermann & Buss, 1994) Angaben zur vergangenen Woche erfragt. Hingegen wird für die Antworten zu religiösen Bewältigungsstrategien in der Instruktion des RCOPE (Lehr et al., 2007) auf keinen bestimmten Beurteilungszeitraum verwiesen. Es lässt sich vermuten, dass dadurch vorhandene Zusammenhänge verzerrt abgebildet werden. So kann möglicherweise der Effekt religiöser Copingstrategien auf die psychische Gesundheit dadurch kleiner erscheinen, dass ein Proband zwar grundsätzlich auf diese auch in Zeiten psychischen Unwohlseins zurückgreift, jedoch in der erfragten vergangenen Woche nicht „depressiv“ war.

An dieser Stelle ist ferner darauf hinzuweisen, dass sich aufgrund des gewählten Studiendesigns (Querschnittsstudie) keine direkten Rückschlüsse auf kausale Beziehungen ziehen lassen. So kann mit der vorliegenden Arbeit nicht eindeutig geklärt werden, welche kausale Richtung des gefundenen Zusammenhangs zwischen der Anwendung religiöser Copingstrategien und Depressivität wahrscheinlicher ist. Außerdem bleibt offen, welche Langzeitwirkungen und Folgen religiöse Copingstrategien haben können. Diese Fragen ließen sich methodisch nur über ein experimentelles, längsschnittliches Studiendesign klären. Für die weitere Forschung auf diesem Gebiet sind daher Untersuchungen wünschenswert, in denen

ein entsprechendes Kollektiv chronischer Patienten über einen längeren Zeitraum beobachtet wird und Daten zu verschiedenen Zeitpunkten erfasst werden.

5.3 Interpretation der Ergebnisse

Im Hinblick auf die Bedeutung religiöser Copingstrategien für das Erleben von Depressivität ergaben sich inhaltlich in dieser Studie folgende Befunde: Die bivariaten Korrelationsanalysen lieferten signifikante Zusammenhänge zwischen negativen religiösen Copingstrategien (*Unzufriedenheit mit Gott, Bestrafung durch Gott*) und dem Erleben von Depressivität. Dabei blieben die Korrelationen auch nach statistischer Kontrolle möglicher Störvariablen wie Geschlecht, Lebensalter und Anzahl der Diagnosen signifikant. Dieser Befund steht im Einklang mit den Ergebnissen aus der Originalstudie zur Entwicklung und Validierung des RCOPE-Instrumentes von Pargament und Kollegen (2000). Für die positive religiöse Bewältigungsstrategie *Soziale Unterstützung* sowie für die neu entwickelte Skala *Musik* konnten in der vorliegenden Untersuchung ebenfalls signifikante (hier negative) Korrelationen mit der Depressivitätsskala nachgewiesen werden. Diesbezüglich kann die nach Pargament et al. (2000) zu vermutende Assoziation zwischen positivem religiösem Coping und einem geringeren Maß an Depressivität bestätigt werden.

In der multivariaten Analyse zeigte sich, dass negative im Vergleich zu positiven religiösen Copingstrategien einen stärkeren Einfluss auf das Erleben von Depressivität nehmen. So konnte nachgewiesen werden, dass die Dimension *Bestrafung durch Gott* – im Sinne einer negativen religiösen Copingstrategie – einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Variablen Depressivität leistet.

Eine mögliche Erklärung für die gefundene Assoziation zwischen negativen religiösen Copingstrategien und dem Erleben von Depressivität ist, dass die Anwendung negativer religiöser Copingstrategien die Entwicklung depressiver Verstimmungen bedingt. Dieser Gedanke entspricht den Vorhersagen des theoretischen Modells von Koenig et al. (2001) zum Effekt von Religiosität auf die psychische Gesundheit (siehe Abschnitt 1.2.3). So kann vermutet werden, dass

Menschen bestimmte Lebensumstände (wie z.B. das Auftreten einer chronischen Erkrankung) als Bestrafung durch Gott oder als Sündentilgung interpretieren und diese Art der Verarbeitung zu einer depressiven Verstimmung beiträgt. Es ist diesbezüglich jedoch auch die andere kausale Richtung denkbar, nämlich dass Probanden in unterschiedlichen Zuständen und Levels mentaler Stimmung auf verschiedene Formen religiöser Bewältigungsstrategien zurückgreifen. In diesem Sinne ist es eine naheliegende Vermutung, dass depressiv verstimmte Personen aus ihrer negativen und häufig hoffnungslosen Sicht heraus eher negative Bewältigungsstrategien anwenden und beispielsweise von einer Bestrafung durch Gott ausgehen. Es ist ferner zu vermuten, dass sie weniger in der Lage sind, sich mental und emotional auf eine positive Beziehung zu Gott einzulassen. Möglicherweise kann sogar eine Verstärkung des negativen Denkens und Empfindens durch die Anwendung negativer religiöser Copingstrategien im Sinne der Dynamik eines „Teufelskreises“ bedingt werden.

Der in dieser Untersuchung gefundene Zusammenhang zwischen der Anwendung negativer religiöser Copingstrategien und dem Erleben von Depressivität deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien (vgl. Burkner, Evon, Sedway & Egan, 2005; McConnell, Pargament, Ellison & Flannelly, 2006; Sherman, Simonton, Latif, Spohn & Tricot, 2005). In einer Untersuchung von Burkner und Kollegen (2005) an 81 Patienten mit pulmonaler Erkrankung im Endstadium erwies sich die Dimension *Punishing Reappraisal* (d.h. Neubewertung der Situation als eine Bestrafung durch Gott) unter den verschiedenen religiösen Copingstrategien mittels multipler Regressionsanalyse als stärkster Prädiktor für die Aufklärung der Kriteriumsvariablen Depressivität. Dies entspricht auch dem Befund von McConnell et al. (2006), dass negatives religiöses Coping signifikant mit Depression in Verbindung steht. Auch Sherman und Kollegen (2005) konnten in ihrer amerikanischen Studie an 213 Patienten mit multiplem Myelom zeigen, dass die Anwendung negativer religiöser Bewältigungsstrategien mit einem höheren Maß an Depressivität korreliert. Dieser Zusammenhang blieb auch nach statistischer Kontrolle möglicher Störfaktoren (z.B. soziodemographische oder medizinische Variablen) konstant. Im Gegensatz dazu konnte keine Assoziation positiver

religiöser Bewältigungsstrategien mit dem Erleben von Depressivität gefunden werden.

Beim Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit den Befunden anderer amerikanischer Untersuchungen gilt es stets die religiös-kulturellen Unterschiede der einzelnen Kollektive zu beachten. So zeigen auch die Statistiken des Religionsmonitors (Bertelsmann Stiftung, 2007), dass sich das religiöse Bewusstsein in den USA deutlich von dem in Deutschland unterscheidet (siehe Abschnitt 1.2.3). Dabei lässt jedoch ein mathematisch gefundener Unterschied im Niveau der Zusammenhänge nicht automatisch Rückschlüsse auf die Auswirkungen und Art der Zusammenhänge in der jeweiligen Stichprobe zu.

Mit den Studienergebnissen der vorliegenden Untersuchung wird die Relevanz der Betrachtung negativer religiöser Copingstrategien auch für den deutschen Kulturraum repliziert sowie auf deren Bedeutung für das Ausmaß des psychischen Wohlbefinden bei chronischen Patienten hingewiesen.

Ein weiterer Punkt, der in zukünftigen Studien zu untersuchen wichtig erscheint, ist die Rolle, die dem Phänomen der sozialen Unterstützung durch die Kirchengemeinde zugeteilt werden kann. In der vorliegende Studie konnte – wie bereits erwähnt – gezeigt werden, dass die Skala *Soziale Unterstützung* signifikant mit einem geringeren Maß an Depressivität korreliert. Auf Grund der Komplexität des Phänomens des religiösen Copings gilt es bei der Interpretation der Ergebnisse insbesondere solche Faktoren zu beachten, die indirekte Effekte von Religiosität auf das Erleben von Depressivität vermitteln können (z.B. Persönlichkeit, Emotionalität, soziale Unterstützung). Dabei ist nach Koenig et al. (2001) zu vermuten, dass einige dieser Variablen im Sinne von Mediatoren verstanden werden können, deren Erforschung zu einem präziseren Verständnis der Assoziation zwischen religiösen Copingstrategien und mentaler Gesundheit beitragen kann.

Weitere Untersuchungen sind diesbezüglich notwendig, um mögliche Faktoren zu identifizieren, die den Zusammenhang zwischen religiösem Coping und psychischer Gesundheit vermitteln.

Ebenfalls neu an dieser Studie ist die Einführung und Beachtung der Dimension *Musik* im Sinne einer weiteren Form des religiösen Copings. Vor dem Hintergrund der zentralen Bedeutung von Musik für gelebte Religiosität (z. B. in Gottesdiensten) wurde eine Skala zur emotionsorientierten Bewältigung durch Musik neu entwickelt. Diese wurde mit den folgenden drei Items beschrieben und erfasst: „Ich habe versucht in Liedern über Gott Hilfe und neue Hoffnung zu finden“, „Ich habe in geistlicher Musik Ruhe und Erleichterung gesucht“, „Ich habe Trost in geistlicher Musik und in Liedern gesucht“. Maratos, Gold, Wang und Crawford (2008) konnten in einer Übersichtsarbeit einen Zusammenhang zwischen der Anwendung von Musiktherapie bei depressiven Personen und der Verbesserung ihrer psychischen Stimmung feststellen. In einem systematischen Review musiktherapeutischer Meta-Analysen untersuchten Argstatter, Hillecke, Bradt und Dileo (2007) die Effektivität von Musiktherapie. Sie konnten nachweisen, dass die Effektstärke von Musiktherapie mit den Effekten von etablierten psychotherapeutischen Verfahren vergleichbar ist.

In der vorliegenden Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die Dimension *Musik* zusammen mit der Skala *Bestrafung durch Gott* einen wichtigen Prädiktor der Regressionsgleichung darstellt, durch welchen die Kriteriumsvariable Depressivität am ehesten vorhergesagt werden kann. Dieser Befund kann damit als Hinweis für zukünftige Forschungsvorhaben gedeutet werden, der Dimension *Musik* im Zusammenhang mit religiösem Coping und psychischer Gesundheit weiter Beachtung zu schenken. So könnte beispielsweise die Frage von Interesse sein, inwiefern bei dieser Dimension die Inhalte der Lieder von Bedeutung sind im Vergleich zur Wirkung der melodisch-musikalischen Komponente per se. Daher wäre eine getrennte Betrachtung dieser zwei Faktoren (Inhalt – Melodie) für weitere Untersuchungen auf diesem Gebiet zu empfehlen.

5.4 Implikationen für die klinische Praxis

Durch die multidimensionale Betrachtung religiöser Bewältigungsstrategien mittels des deutschsprachigen RCOPE-Instrumentes (Lehr et al., 2007) wird ein tieferes Verständnis für deren Wirkmechanismus eröffnet. Die Ergebnisse der vorliegenden

Studie können als Grundlage dafür verstanden werden, das Erhebungsinstrument auch in weiteren Untersuchungen am Kollektiv chronisch erkrankter Patienten im deutschsprachigen Raum anzuwenden.

Ferner erlauben die erzielten Ergebnisse den Hinweis auf eine empirisch begründete Integration der Ressource Religiosität in den Bereich der ärztlichen Beratung und Begleitung von chronischen Patienten. Im klinischen Alltag ist daher eine sensible Wahrnehmung und besondere Achtsamkeit gegenüber religiösen Überzeugungen der betreuenden Patienten wünschenswert. Dabei erscheint es notwendig, sich als behandelnder Arzt der eigenen Werte und weltanschaulichen Überzeugungen bewusst zu sein sowie die Bedeutung der eigenen Religiosität für die Arbeit reflektieren zu können.

Das differenzierte Erkennen und Beachten von negativen, dysfunktionalen religiösen Überzeugungen kann darüber hinaus einen Beitrag zum besseren Verständnis möglicher depressiver Störungen bei chronisch erkrankten Patienten leisten. Dieses ganzheitlichere Verständnis ermöglicht es den behandelnden Ärzten, ihren Patienten gezielte, ressourcenorientierte Hilfestellungen zu geben (z.B. durch die Weitervermittlung an einen Klinikseelsorger).

6 Zusammenfassung

Chronische Erkrankungen stellen für die betroffenen Patienten auf Grund ihrer Langfristigkeit spezielle Anforderungen an die persönliche Form der Krankheitsbewältigung. Sie nehmen meist einen schlecht vorhersehbaren Verlauf und wirken sich auf viele Lebensbereiche der Patienten aus. Zudem ist das Vorliegen komorbider psychischer Störungen (z.B. Depressivität) bei chronisch erkrankten Patienten gehäuft festzustellen. Der Rückgriff auf die eigene Religiosität kann dabei für die Betroffenen eine individuelle Ressource im Rahmen des Copingprozesses darstellen.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den Zusammenhang zwischen der Anwendung religiöser Bewältigungsstrategien und dem Ausmaß von Depressivität an einem Kollektiv chronisch erkrankter Patienten zu untersuchen. Im Rahmen der durchgeführten Studie wurden religiöse Copingstrategien durch ausgewählte Teile des RCOPE (Pargament et al., 2000) in der deutschen Version von Lehr et al. (2007) mehrdimensional erfasst sowie durch eine neu entwickelte Skala zur religiös-musikalischen Bewältigung ergänzt. Depressivität wurde mittels der Depressivitätsskala des deutschsprachigen Instrumentes HADS-D (Herrmann & Buss, 1994) gemessen. Es gingen die Daten von N = 117 Studienteilnehmern im Alter von 17 bis 87 (M = 57.01) mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Koronare Herzerkrankung, Multiple Sklerose) ein, die mittels exploratorischer Faktorenanalyse, bivariater Korrelationsanalysen sowie Regressionsanalysen ausgewertet wurden.

Als Ergebnis konnte die Annahme eines Zusammenhanges zwischen der Anwendung religiöser Bewältigungsstrategien und dem Erleben von Depressivität bei chronisch erkrankten Patienten bestätigt werden. Entsprechend der Untersuchungen von Pargament et al. (2000) konnte gezeigt werden, dass negative religiöse Copingstrategien (*Unzufriedenheit mit Gott*, $r = .25$; *Bestrafung durch Gott*, $r = .34$) signifikant mit einem höheren Ausmaß an Depressivität korrelieren. Für die positive Strategie *Soziale Unterstützung* ($r = -.24$) sowie für die neu entwickelte Skala *Musik* ($r = -.26$) konnten signifikante Korrelationen zu einer geringeren Depressivität gefunden werden. Die mittels Regressionsanalyse erhobene

aufgeklärte Varianz von Depressivität durch religiöse Krankheitsbewältigung betrug 14 %. Ferner konnte in einem explorativen Teil der Arbeit gezeigt werden, dass die negative Copingstrategie *Bestrafung durch Gott* sowie die Strategie der musikalisch-emotionalen Bewältigung diejenigen Prädiktoren der Regressionsgleichung darstellen, durch welche die Kriteriumsvariable Depressivität am besten vorhergesagt werden kann.

Die erzielten Ergebnisse sprechen für eine begründete Integration der Ressource Religiosität in den Bereich der ärztlichen Beratung und Begleitung von chronischen Patienten. Durch die multidimensionale Betrachtung religiösen Copings wird ein tieferes Verständnis für den Wirkmechanismus der verschiedenen Strategien eröffnet. Das differenzierte Erkennen und Beachten insbesondere von negativen, dysfunktionalen religiösen Überzeugungen kann darüber hinaus einen Beitrag zum besseren Verständnis möglicher depressiver Störungen bei chronisch erkrankten Patienten leisten.

7 Literaturverzeichnis

- Allport, G.W. & Ross, J.M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- Ano, G.G. & Vasconcelles, E.B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461-480.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- Argstatter, H., Hillecke, T.K., Bradt, J. & Dileo, C. (2007). Der Stand der Wirksamkeitsforschung – Ein systematisches Review musiktherapeutischer Meta-Analysen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 28 (1), 39-61.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2000). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (9.Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Barth, J., Schumacher, M. & Herrmann-Lingen, Ch. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. *Psychomatic Medicine*, 66, 802-816.
- Baumeister, H., Balke, K. & Härter M. (2005). Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58, 1090-1100.
- Baumeister, H., Höfler, M., Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Bengel, J. & Härter, M. (2004). Psychische Störungen bei Patienten mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (1), 33-41.
- Bertelsmann Stiftung (2007). *Religionsmonitor 2008*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale - An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.

- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. überarbeitete Auflage). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler* (3. überarbeitete Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Braam, A.W., Hein, E., Deeg, D.J., Twisk, J.W., Beekman, A.T. & Van Tilburg, W. (2004). Religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in older Dutch citizens: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Aging and Health*, 16 (4), 467-489.
- Brady, M.J., Petermann, A.H., Fitchett, G., Mo, M. & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417-428.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2. Aufl.). München, Boston, San Francisco, Harlow, Don Mills, Sydney, Mexico City, Madrid, Amsterdam: Pearson Studium.
- Bullinger, M. (1991). Quality of life – definition, conceptualization and implications: a methodologists view. *Theoretical Surgery*, 6, 143-149.
- Bullinger, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 76-91.
- Burker, E.J., Evon, D.M., Sedway, J.A. & Egan, T. (2005). Religious and Non-Religious Coping in Lung Transplantant Candidates: Does Adding God to the Picture Tell Us More? *Journal of Behavioral Medicine*, 28 (6), 513-526.
- Büssing, A., Fischer, J., Ostermann, T. & Matthiessen, P.F. (2008). Reliance on God's Help, Depression and Fatigue in Female Cancer Patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38 (3), 357-372.
- Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H.J., Grünther, R.A., Ostermann, T., Neugebauer, E.A. et al. (2009). Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients with Chronic Pain Conditions? *Pain Medicine*, 10 (2), 327-339.

- Büssing, A., Ostermann, T. & Koenig, H.G. (2007). Relevance of religion and spirituality in german patients with chronic disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37 (1), 39-57.
- Carney, R.M. & Freedland, K.E. (2003). Depression, Mortality, and Medical Morbidity in Patients with Coronary Heart Disease. *Biological Psychiatry*, 54, 241-247.
- Chatters, L.M. (2000). Religion and Health: Public health research and practice. *Annual Reviews of Public Health*, 21, 335-367.
- DIMDI (2006). *ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. 10. Revision. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft mbH.
- Ellison, C.W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 330-340.
- Ellison, C.G. & Levin, J.S. (1998). The religion-health connection: Evidence, theory and future directions. *Health Education & Behavior*, 25, 700-720.
- Faul, F. & Erdfelder, E. (1992). GPOWER: A priori, post-hoc, and compromise power analyse for MS-DOS (Version 2.0) [Computer software]. Bonn: University, Department of Psychology.
- Felton, B.J., Revenson, T.A., Hinrichsen, G.A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, 18, 889-898.
- Ferraro, K.F. & Koch, J.R. (1994). Religion and health among black and white adults: Examining social support and consolation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33, 362-375.
- Fittig, E., Schweizer, J. & Rudolph, U. (2007). Lebenszufriedenheit bei chronischen Erkrankungen. Zur Bedeutung von Depressivität, Krankheitsverarbeitung und Sozialer Unterstützung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15 (1), 23-31.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45 (8), 1207-1221.

- Franke, G.H., Jagla, M., Salewski, C. & Jäger, S. (2007). Psychologisch-diagnostische Verfahren zur Erfassung von Stress und Krankheitsbewältigung im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16, 41-55.
- Hackney, C.H. & Sanders, G.S. (2003). Religiosity and mental health: a meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 43-55.
- Harrison, M.O., Koenig, H.G., Hays, J.C., Eme-Akwari, A.G. & Pargament, K.I. (2001). The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 13, 86-93.
- Heim, E., Augustiny, K.F., Blaser, A. & Schaffner, L. (1991). *Die Berner Bewältigungsformen (BEFO). Manual zur Erfassung der Krankheitsbewältigung*. Bern: Huber.
- Helmes, A., Schumacher, M. & Bengel, J. (2007). Interventionen bei psychischen Belastungen und Störungen bei körperlichen Erkrankungen. In: M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Hrsg.): *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Heidelberg: Springer, S. 2-13.
- Herrmann, Ch. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (1), 17-41.
- Herrmann, Ch. & Buss, U. (1994). Vorstellung und Validierung einer deutschen Version der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HAD-Skala); ein Fragebogen zur Erfassung des psychischen Befindens bei Patienten mit körperlichen Beschwerden. *Diagnostica*, 40 (2), 143-154.
- Herrmann, Ch., Buss, U. & Snaith, R.P. (1995). *HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Testdokumentation und Handanweisung*. Bern: Huber.
- Herrmann-Lingen, Ch. (2001). Angst und Depressivität bei Herzpatienten – wie erkennen, wie behandeln? *Herz*, 26 (5), 326-334.
- Hill, P.C. & Pargament, K.I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58, 64 –74.

- Holland, J.C., Passik, S., Kash, K.M., Russak, S.M., Gronert, M.K., Sison, A. et al. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-oncology*, 8 (1), 14-26.
- Huber, S. (2003). *Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messinstrument der Religiosität*. Opladen: Leske & Budrich.
- Idler, E.L. & Kasl, S.V. (1997). Religion among disabled and nondisabled elderly persons: cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. *Journal of Gerontology*, 52B, 300-305.
- Janssen, J. & Laatz, W. (2007). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows* (6. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kapfhammer, H.-P. (2005). Depressiv-ängstliche Störungen bei somatischen Krankheiten. In: H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer, S. 1559-1592.
- Klauer, T. & Filipp, S.H. (1993). *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK): Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Klein, C. & Albani, C. (2007). Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 34 (2), 58-65.
- Koenig, H.G., Larson, D.B. (2001). Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13, 67-78.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E. & Larson, D.B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Koenig, H.G., Pargament, K.I. & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (9), 513-521.
- Lazarus, R.S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665-673.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

- Lehr, D., Fehlberg, E., Hess, K. & Fix, C. (2007). Wege religiöser Bewältigung – deutsche Adaptation und Validierung des RCOPE. *Verhaltenstherapie*, 17 (Suppl. 1), S. 55.
- Maercker, A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung (personal growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. *Diagnostica*, 47 (3), 153-162.
- Maratos, A.S., Gold, C., Wang, X. & Crawford, M.J. (2008). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008*, Issue 1.
- McConnell, K.M., Pargament, K.I., Ellison, C.G. & Flannelly, K.J. (2006). Examining the link between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (12), 1469-1484.
- Mehnert, A. & Koch, U. (2001). Religiosität und psychische Befindlichkeit – Überprüfung von Instrumenten zur Erfassung von Religiosität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4, 171-182.
- Mehnert, A., Rieß, S. & Koch, U. (2003). Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung maligner Melanome, *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24 (2), 147-166.
- Miller, W.R. & Thoresen, C.E. (2003). Spirituality, religion and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58, 24-35.
- Möller, A. & Reimann, S. (2003). „Spiritualität“ und Befindlichkeit – subjektive Kontingenz als medizinpsychologischer und psychiatrischer Forschungsgegenstand. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71, 609-616.
- Murken, S. (1997). Ungesunde Religiosität - Entscheidungen der Psychologie? In: T. Frick, G.M. Klinkhammer & S. Rink (Hrsg.): *Kritik an Religionen?* Marburg: Diagonal, S.157-172.
- Murken, S. (1998). *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung*. Münster: Waxmann.
- Muthny, F.A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung – Manual*. Weinheim: Beltz Test.

- Mytko, J.J. & Knight, S.J. (1999). Body, Mind and Spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*, 8, 439-450.
- O'Connor, B.P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 32 (3), 396-402.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford.
- Pargament, K.I., Ensing, D.S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K. et al. (1990). God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18 (6), 793-824.
- Pargament, K.I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J. & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G. & Perez, L. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (4), 519-543.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2004). Religious Coping Methods as Predictors of Psychological, Physical and Spiritual Outcomes among Medically Ill Elderly Patients: A Two-year Longitudinal Study. *Journal of Health Psychology*, 9 (5), 693-710.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G. & Perez, L. (1998a). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37 (4), 710-724.
- Pargament, K.I., Zinnbauer, B.J., Scott, A.B., Butter, E.M., Zerowin, J. & Stanik, P. (1998b). Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (1), 77-89.
- Pohl, J. (2006). Persönlichkeitsmerkmale – Religiosität und Spiritualität. In: B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer, 80-87.

- Ravens-Sieberer, U. (2001). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Unveröffentlichte Habilitation. Universität Hamburg, Abteilung Medizinische Psychologie.
- Rippentrop, A.E., Altmaier, E.M., Chen, J.J., Found, E.M. & Keffala, V.J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116, 311-321.
- Schipper, H., Clinch, J.J. & Olweny, Ch. (1996). Quality of life studies: Definition and conceptual issues. In: B. Spilker (Hrsg.): *Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Philadelphia: Lippincot-Raven, S. 11-24.
- Schowalter, M. & Murken, S. (2003). Religion und psychische Gesundheit – empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte. In: C. Henning, S. Murken & E. Nestler (Hrsg.): *Einführung in die Religionspsychologie*. Paderborn, München, Wien, Zürich: Ferdinand Schöningh, 139-162.
- Seybold, K.S. & Hill, P.C. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (1), 21-24.
- Sherman, A.C., Simonton, S., Latif, U., Spohn, R. & Tricot, G. (2005). Religious Struggle and religious Comfort in Response to Illness: Health Outcomes among Stem Cell Transplant Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 28 (4), 359-367.
- Smith, T.B., McCullough, M.E. & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129 (4), 614-636.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2010). *Bevölkerung nach Altersgruppen, Familienstand und Religionszugehörigkeit*. Verfügbar unter <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Content75/AltersgruppenFamilienstand,templateId=renderPrint.psml>, Zugriff am 25.01.2010.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Bosten: Allyn and Bacon.
- Tagay, S., Erim, Y., Brähler, E. & Senf, W. (2006). Religiosity and sense of coherence – Protective factors of mental health and well-being? *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 15, 165-171.

- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L.C., Paulk, E., Pearce, M.J., Kasl, S.V. & Prigerson, H.G. (2006). Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (3), 646-657.
- Taylor, S.E. & Stanton, A.L. (2007). Coping Resources, Coping Process, and Mental Health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 455-471.
- Thuné-Boyle, I.C., Stygall, J.A., Keshtgar, M.R., Newman, S.P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science and Medicine*, 63, 151-164.
- Wachholtz, A., Pearce, M. & Koenig, H.G. (2007). Exploring the Relationship between Spirituality, Coping, and Pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 311-318.
- WHO (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Verfügbar unter: http://www.admin.ch/ch/d/sr/c0_810_1.html, Zugriff am 25.01.2010.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (2003). *Disease-Management-Programme. Stimmige Behandlung für chronisch Kranke*. Verfügbar unter http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/dmp/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/dmp/publikationen/beilage_medium_magazin_0903.pdf, Zugriff am 25.01.2010.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361-370.
- Zwingmann, Ch. (2005). Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 241-246.
- Zwingmann, Ch., Wirtz, M., Müller, C., Körber, J. & Murken S. (2006). Positive and Negative Religious Coping in German Breast Cancer Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (6), 533-547.

Anhang

Anhang A: Fragebogen

Anhang B: Tabellen

- **Tabelle B 1:** *Deskriptive Statistik der sechs Faktoren sowie der Skalen Musik und Depressivität*
- **Tabelle B 2:** *Deskriptive Itemstatistiken sowie Spearman-Rangkorrelationen für die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Items des religiösen Copings und der Depressivitätsskala*
- **Tabelle B 3:** *Bivariate Korrelationen nach Pearson*
- **Tabelle B 4:** *ANOVA (analysis of variance)*

Anhang C:

- **Curriculum Vitae**
- **Verzeichnis der akademischen Lehrer in Marburg**
- **Danksagung**
- **Ehrenwörtliche Erklärung**

Anhang A

Fragebogen zum Leben mit chronischen Erkrankungen

Chronische Erkrankungen, Lebensqualität, Religiosität & erlebte Veränderungen



Philipps-Universität Marburg
Fachbereich Medizin
Institut für Medizinische Psychologie
Bunsenstraße 3
35037 Marburg

**Zentrum für Methodenwissenschaften
und Gesundheitsforschung**

**Institut für Medizinische Psychologie
Direktor: Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. H.D. Basler
Psychologischer Psychotherapeut**

Anschrift: Bunsenstraße 3, D-35037 Marburg

Telefon: ++49-6421-28 66250

Telefax: ++49-6421-28 64881

E-Mail: basler@med.uni-marburg.de

Datum:

Home page: <http://www.med.uni-marburg.de/medpsych/>

Befragung zu chronischen Erkrankungen, Lebensqualität & Religiosität

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

immer wieder berichten Patientinnen und Patienten, dass schwere oder lange Zeit andauernde Erkrankungen zu grundlegenden persönlichen Veränderungen führen. Diese Veränderungen können z.B. die Beziehungen zu anderen Menschen, die bisherigen Wertvorstellungen oder die Religiosität betreffen.

In einem Forschungsprojekt möchten wir der Frage nachgehen, welche Veränderungen mit chronischen Erkrankungen einhergehen und welche Rolle Religiosität dabei spielt.

Hierbei möchten wir Sie um Ihre Mithilfe bitten. Sie können uns durch die Bearbeitung dieses Fragebogens unterstützen. Wir möchten dabei gerne etwas über Ihre Erkrankung, Ihre Umgangsweisen und Erfahrungen mit der Erkrankung erfahren. Den ausgefüllten Fragebogen können Sie in dem beiliegenden Rückumschlag an uns zurück senden. Das Porto übernehmen wir.

Ein Wort zum Datenschutz: Ihre Daten werden anonym für eine statistische Auswertung abgespeichert und anschließend gelöscht. Eine Zuordnung zu Ihrer Person ist nicht beabsichtigt oder möglich.

Wir danken Ihnen herzlich, wenn Sie sich zur freiwilligen Mitarbeit entschließen und dieses Forschungsprojekt zu chronischen Erkrankungen, Lebensqualität & Religiosität unterstützen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Dr. H.D. Basler
Dipl.-Psych. Dirk Lehr

Cand. med. Caroline Fix
Cand. med. Esther Fehlberg
Cand. med. Kristina Hess

Zu Beginn möchten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person bitten.

Ihre Geschlechtszugehörigkeit

Weiblich ☐
Männlich ☐

Ihr Alter

_____ Jahre

Unter welcher Krankheit leiden Sie? Seit wie vielen Jahren leiden Sie unter dieser Erkrankung?

1. _____ seit: _____ Jahren

2. _____ seit: _____ Jahren

3. _____ seit: _____ Jahren

Wie zutreffend ist diese Aussage für Sie?

trifft überhaupt
nicht zu

trifft
sehr stark zu

Religiöse bzw. spirituelle Dinge spielen in meinem Leben eine wichtige Rolle.....

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Gehören Sie einer religiösen Gemeinschaft (z.B. einer Kirche) an?

Nein ☐

Ja ☐ Welche? _____

Haben Sie in den vergangenen 3 Monaten aktiv am Leben der Gemeinschaft teilgenommen (z.B. Besuch eines Gottesdienstes, Chor, Seniorengruppe usw. ...)?

☐ nein ☐ selten ☐ manchmal ☐ häufig ☐ immer

Körperliche Beschwerden. Im diesem Abschnitt möchten wir etwas über das Ausmaß von einigen körperlichen Beschwerden bei Ihnen erfahren. Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und

zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutraf. Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an.

Wie sehr litten Sie unter...?

überhaupt
nicht

ein wenig

ziemlich

stark

sehr stark

Kopfschmerz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ohnmacht- oder Schwindelanfällen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Herz- und Brustschmerzen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kreuzschmerzen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Übelkeit oder Magenverstimmung ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Schwierigkeiten beim Atmen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hitzewallungen und Kälteschauern ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Schweregefühl in den Armen oder den Beinen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Umgang mit Erkrankungen. Für manche Menschen spielen religiöse Gedanken und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit schwerwiegenden Erkrankungen eine wichtige Rolle.

Wie ist das bei Ihnen? In diesem Abschnitt finden Sie unterschiedliche religiöse Verhaltensweisen, die im Zusammenhang mit Erkrankungen bedeutsam sein können. **Wir würden gerne erfahren, in welchem Ausmaß die beschriebenen Gedanken und Verhaltensweisen für Sie persönlich zutreffen.**

Antworten Sie nicht im Hinblick darauf, was funktioniert oder nicht funktioniert hat, sondern geben Sie bitte einfach an, ob Sie so gehandelt haben oder nicht. Versuchen Sie, jede Aussage für sich zu beantworten, gedanklich getrennt von den anderen. Antworten Sie so, wie Sie es FÜR SICH als wahrheitsgemäß empfinden.

Wie zutreffend ist diese Aussage für Sie?

	trifft überhaupt nicht zu			trifft sehr stark zu
Ich habe Gottes Macht in Frage gestellt.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich gefragt, was ich getan habe, dass Gott mich bestraft.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe versucht, ohne Gottes Hilfe selbst mit der Situation zurechtzukommen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich war der Meinung, dass Gott mich für meine Sünden bestraft.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die seelische Unterstützung von Geistlichen gesucht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mit Gott darüber verhandelt, dass er die Umstände verbessert...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe versucht, mit Gott zusammen der Situation einen Sinn zu geben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich gefragt, ob Gott wirklich fürsorglich ist.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich auf meine Religion konzentriert, um aufzuhören, mich über meine Probleme zu sorgen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe darauf vertraut, dass Gott mit mir ist.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die Leitung meiner Kirchengemeinde gebeten, mich in ihre Gebete einzuschließen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe darauf vertraut, dass Gott an meiner Seite sein würde.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Liebe und Anteilnahme von den Mitgliedern meiner Kirchengemeinde gesucht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mit Gott zusammengearbeitet, um meinen Kummer zu erleichtern.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich auf meine eigene Stärke verlassen, ohne Gottes Unterstützung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Gott inständig gebeten, dass alles ein gutes Ende nehmen wird...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe versucht zu erkennen, wie Gott in dieser Situation versucht mich zu stärken.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich war wütend, dass Gott nicht für mich da war.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe versucht, meine Pläne gemeinsam mit Gott in die Tat umzusetzen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe partnerschaftlich mit Gott zusammengearbeitet.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe auf Gott geschaut, um eine neue Richtung für mein Leben zu finden.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich gefragt, ob meine Kirchengemeinde mich im Stich gelassen hat.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie zutreffend ist diese Aussage für Sie?

	trifft überhaupt nicht zu			trifft sehr stark zu
Ich habe versucht, in Liedern über Gott Hilfe und neue Hoffnung zu finden.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kam zu der Überzeugung, dass der Teufel dafür verantwortlich ist.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Gottes Liebe zu mir in Frage gestellt.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe versucht, ein völlig neues Leben durch Religion zu finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe nach einer totalen geistlichen Wiedererweckung gesucht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe für ein Wunder gebetet.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Gott gebeten, mir zu helfen, eine neue Bestimmung im Leben zu finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe andere gebeten, für mich zu beten.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe gebetet, um mich von meinen Problemen abzulenken.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe zu Gott gefleht, dass alles gut geht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich war wütend, dass Gott meine Gebete nicht erhört hat.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich gefragt, ob Gott mich verlassen hat.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Trost bei Gott gesucht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe für meine Sünden um Vergebung gebeten.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe bei Gott eine neue Bestimmung in meinem Leben gesucht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe dafür gebetet, dass sich mein Leben komplett verändert.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe nach Gottes Liebe und Fürsorge gesucht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe über religiöse Dinge nachgedacht, um nicht über meine Probleme nachzudenken.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe in geistlicher Musik Ruhe und Erleichterung gesucht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich von Gott wegen meiner mangelnden Hingabe bestraft gefühlt.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe versucht, der Situation einen Sinn zu geben, ohne mich auf Gott zu verlassen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die Hilfe Gottes gesucht, um mich von meinem Ärger zu lösen...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe nach engerer Verbundenheit mit Gott gesucht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe nach Unterstützung von Mitgliedern meiner Kirchengemeinde gesucht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Trost in geistlicher Musik und Liedern gesucht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe meine Situation als Teil von Gottes Plan angesehen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe versucht herauszufinden, was Gott mich durch dieses Ereignis lehren möchte.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe versucht zu erkennen, wie Gott mich in dieser Situation stärken möchte.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veränderungen durch die Erkrankung?! Manche Menschen berichten im Rückblick auf ihre Erkrankung von positiven Veränderungen.

Im Folgenden finden Sie einige solcher Veränderungen. Wie ist das bei Ihnen? Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Sie die folgenden Veränderungen erlebt haben.

Wie stark haben Sie diese Erfahrungen gemacht?	überhaupt nicht	etwas	sehr stark
Ich habe neue Vorstellungen darüber, was im Leben wichtig und vorrangig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe ein neues Gefühl dafür, wie wichtig mir mein Leben ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich entwickelte neue Interessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich entwickelte ein Gefühl des Selbstvertrauens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe jetzt ein größeres Verständnis für religiöse und geistige Dinge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß jetzt, dass ich in schweren Zeiten auf andere Menschen zählen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich beschritt einen neuen Weg in meinem Leben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich entwickelte einen Sinn für die Verbundenheit mit anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich will meine eigenen Gefühle mehr ausdrücken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß jetzt, dass ich mit Schwierigkeiten umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fange mehr mit meinem Leben an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mehr in der Lage, die Wendungen zu akzeptieren, die die Dinge nehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würdige jeden Tag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möglichkeiten, die es sonst nicht gegeben hätte, sind jetzt für mich verfügbar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mehr Mitgefühl mit anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich investiere jetzt mehr in meine Beziehungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mehr dazu geneigt, Dinge zu verändern, die geändert werden müssen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe einen stärkeren religiösen oder spirituellen Glauben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich entdeckte, dass ich stärker bin als ich dachte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erfuhr eine Menge darüber, wie gut Menschen sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich akzeptiere, dass ich andere brauche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vergeude weniger Zeit mit den Nebensächlichkeiten des Lebens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lernte, mich durch Probleme hindurchzuarbeiten und nicht gleich aufzugeben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lernte mich auf das Wesentliche zu konzentrieren und meinem Leben einen tieferen Sinn zu verleihen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Persönlichkeit hat sich weiter entwickelt und wurde gestärkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wohlbefinden & Beschwerden. In den nächsten Abschnitten möchten wir gerne etwas über Ihr Wohlbefinden und Ihre gesundheitlichen Beschwerden erfahren. Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutrif.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt <input type="radio"/> meistens <input type="radio"/> oft <input type="radio"/> von Zeit zu Zeit / gelegentlich <input type="radio"/> überhaupt nicht	Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst <input type="radio"/> fast immer <input type="radio"/> sehr oft <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> überhaupt nicht
Ich kann mich noch so freuen wie früher <input type="radio"/> ganz genau so <input type="radio"/> nicht ganz so sehr <input type="radio"/> nur noch ein wenig <input type="radio"/> kaum oder gar nicht	Ich habe ein ängstliches Gefühl in der Magengegend <input type="radio"/> überhaupt nicht <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> ziemlich oft <input type="radio"/> sehr oft
Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte <input type="radio"/> ja, sehr stark <input type="radio"/> ja, aber nicht allzu sehr stark <input type="radio"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="radio"/> überhaupt nicht	Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren <input type="radio"/> ja, stimmt genau <input type="radio"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte <input type="radio"/> möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum <input type="radio"/> ich kümmere mich so viel darum wie immer
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen <input type="radio"/> ja, so viel wie immer <input type="radio"/> nicht mehr ganz so viel <input type="radio"/> inzwischen viel weniger <input type="radio"/> überhaupt nicht	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein <input type="radio"/> ja, tatsächlich sehr <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> nicht sehr <input type="radio"/> überhaupt nicht
Ich fühle mich glücklich <input type="radio"/> überhaupt nicht <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> meistens	Ich blicke mit Freude in die Zukunft <input type="radio"/> ja, sehr <input type="radio"/> eher weniger als früher <input type="radio"/> viel weniger als früher <input type="radio"/> kaum bis gar nicht
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf <input type="radio"/> einen Großteil der Zeit <input type="radio"/> verhältnismäßig oft <input type="radio"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft <input type="radio"/> nur gelegentlich / nie	Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand <input type="radio"/> ja, tatsächlich sehr oft <input type="radio"/> ziemlich oft <input type="radio"/> nicht sehr oft <input type="radio"/> überhaupt nicht
Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen <input type="radio"/> ja, natürlich <input type="radio"/> gewöhnlich schon <input type="radio"/> nicht oft <input type="radio"/> überhaupt nicht	Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen <input type="radio"/> oft <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> eher selten <input type="radio"/> sehr selten

Andere Menschen. Chronische Erkrankungen beeinflussen meist nicht nur das eigene Leben, sondern auch das der Menschen um Sie herum.

Wie erleben Sie die Menschen, die Ihnen nahe stehen?

Unter den Menschen, die Ihnen nahe stehen, gibt es jemanden, der/die ...	nie	selten	manchmal	häufig	immer
... Ihnen zuhört.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihnen einen Gefallen tut, z.B. einkaufen gehen oder auf die Kinder aufpassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihnen in einer Krise hilft, auch wenn es ihm/ihr Umstände bereitet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihnen das Gefühl gibt, dass Sie anderen Menschen etwas Positives geben können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihnen Informationen oder Ratschläge gibt, wenn Sie sie brauchen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie seelisch aufbaut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie aufmuntert oder tröstet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihnen eine positive Rückmeldung über die Art und Weise gibt, wie Sie Ihre Erkrankung bewältigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihnen sagt, dass Sie ein wertvoller Mensch sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihnen hilft Alternativen zu durchdenken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihnen das Gefühl gibt, dass ihm/ihr etwas an Ihnen liegt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihr Leid teilt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sie können nun den Fragebogen im vorbereiteten Umschlag portofrei an uns zurücksenden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit !!!

Anhang B

Tabelle B 1

Deskriptive Statistik der sechs Faktoren sowie der Skalen Musik und Depressivität

	Min	Max	Summenwert	SD	Schiefe	Kurtosis			
	Statistik	Statistik	Statistik	SE	Statistik	Statistik	SE	Statistik	SE
F I	18.00	72.00	37.96	1.52	16.41	.35	.22	-1.18	.44
F II	6.00	24.00	8.64	.39	4.17	2.02	.22	3.48	.44
F III	4.00	16.00	5.58	.24	2.58	1.93	.22	3.40	.44
F IV	5.00	19.74	7.09	.32	3.50	1.84	.22	2.58	.44
F V	3.00	12.00	4.20	.18	1.94	1.84	.22	3.10	.44
F VI	4.00	16.00	9.58	.34	3.64	.15	.22	-1.06	.44
Mu	3.00	12.00	4.80	.25	2.68	1.35	.22	.58	.44
HADS_d	1.00	3.57	1.76	.049	.54	.80	.22	.36	.44

Anmerkungen. Min = Minimum; Max = Maximum; SD = Standardabweichung; SE = Standardfehler; F I = Aktives Vertrauen, F II = Unzufriedenheit mit Gott, F III = Spirituelle Umorientierung, F IV = Soziale Unterstützung, F V = Bestrafung durch Gott, F VI = Bewältigung ohne Gott; Mu = Skala *Musik*; HADS_d = Skala *Depressivität* der „Hospital Anxiety and Depression Scale“; N = 117.

Tabelle B 2

Deskriptive Itemstatistiken sowie Spearman-Rangkorrelationen für die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Items des religiösen Copings und der Depressivitätsskala

Faktor I (18) - Itemstatistik

Items	Mittelwert	Std.- Abweichung	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Spearman-Rho- Korrelation mit HADS_d
rc_brr3 Ich habe versucht zu erkennen, wie Gott mich in dieser Situation stärken möchte	2.03	1.20	.956	-.134
rc_crc3 Ich habe versucht, meine Pläne gemeinsam mit Gott in die Tat umzusetzen	2.09	1.22	.957	-.174
rc_brr2 Ich habe versucht herauszufinden, was Gott mich durch dieses Ereignis lehren möchte	2.01	1.20	.958	-.091
rc_brr1 Ich habe meine Situation als Teil von Gottes Plan angesehen	2.11	1.17	.959	-.173
rc_srd1 Ich habe auf Gott geschaut, um eine neue Richtung für mein Leben zu finden	2.02	1.17	.957	-.163
rc_sss4 Ich habe Trost bei Gott gesucht	2.29	1.20	.958	-.171
rc_sss2 Ich habe darauf vertraut, dass Gott an meiner Seite sein würde	2.71	1.30	.958	-.205*
rc_sss1 Ich habe darauf vertraut, dass Gott mit mir ist	2.76	1.26	.958	-.102

Items	Mittelwert	Std.- Abweichung	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Spearman-Rho- Korrelation mit HADS_d
rc_sss5 Ich habe nach Gottes Liebe und Fürsorge gesucht	2.23	1.17	.957	.003
rc_srd2 Ich habe Gott gebeten, mir zu helfen, eine neue Bestimmung im Leben zu finden	1.90	1.14	.957	.044
rc_crc1 Ich habe versucht, mit Gott zusammen der Situation einen Sinn zu geben	1.91	1.18	.959	-.096
rc_srd3 Ich habe bei Gott eine neue Bestimmung in meinem Leben gesucht	1.70	1.01	.958	-.024
rc_crc4 Ich habe partnerschaftlich mit Gott zusammengearbeitet	1.91	1.12	.958	-.138
rc_crc2 Ich habe mit Gott zusammengearbeitet, um meinen Kummer zu erleichtern	2.00	1.21	.957	-.063
rc_pdi5 Ich habe zu Gott gefleht, dass alles gut geht	2.29	1.27	.958	-.001
rc_pdi2 Ich habe Gott inständig gebeten, dass alles ein gutes Ende nehmen wird	2.57	1.25	.960	.084
rc_pdi4 Ich habe für ein Wunder gebetet	1.78	1.14	.962	.003
rc_pdi1 Ich habe mit Gott darüber verhandelt, dass er die Umstände verbessert	1.64	.96	.961	.102

Anmerkungen. * = Die Korrelation ist auf dem .05 Niveau signifikant (zweiseitig); ** = Die Korrelation ist auf dem .01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Faktor II (6) - Itemstatistik

Items	Mittelwert	Std.- Abweichung	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Spearman-Rho- Korrelation mit HADS_d
rc_sd4 Ich habe Gottes Liebe zu mir in Frage gestellt	1.34	.80	.832	.186*
rc_sd3 Ich war wütend, dass Gott nicht für mich da war	1.40	.91	.846	.161
rc_sd6 Ich habe mich gefragt, ob Gott mich verlassen hat	1.39	.85	.850	.155
rc_sd5 Ich war wütend, dass Gott meine Gebete nicht erhört hat	1.26	.70	.860	.120
rc_sd2 Ich habe mich gefragt, ob Gott wirklich fürsorglich ist	1.64	1.00	.867	.281**
rc_sd1 Ich habe Gottes Macht in Frage gestellt	1.60	1.00	.877	.170

Anmerkungen. * = Die Korrelation ist auf dem .05 Niveau signifikant (zweiseitig); ** = Die Korrelation ist auf dem .01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Faktor III (4) - Itemstatistik

Items	Mittelwert	Std.- Abweichung	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Spearman-Rho- Korrelation mit HADS_d
rc_rdc1 Ich habe versucht, ein völlig neues Leben durch Religion zu finden	1.41	.83	.703	-.083
rc_rdc2 Ich habe nach einer totalen geistlichen Wiedererweckung gesucht	1.20	.57	.797	.090
rc_rdc3 Ich habe dafür gebetet, dass sich mein Leben komplett verändert	1.51	.91	.734	-.055
rc_rf3 Ich habe über religiöse Dinge nachgedacht, um nicht über meine Probleme nachzudenken	1.46	.89	.791	-.043

Faktor IV (5) - Itemstatistik

Items	Mittelwert	Std.- Abweichung	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Spearman-Rho- Korrelation mit HADS_d
rc_sscm5 Ich habe nach Unterstützung von Mitgliedern meiner Kirchengemeinde gesucht	1.37	.772	.833	-.197*
rc_sscm3 Ich habe Liebe und Anteilnahme von den Mitgliedern meiner Kirchengemeinde gesucht	1.44	.845	.846	-.221*
rc_sscm2 Ich habe die Leitung meiner Kirchengemeinde gebeten, mich in ihre Gebete einzuschließen	1.31	.807	.844	-.200*
rc_sscm4 Ich habe andere gebeten, für mich zu beten	1.56	1.029	.858	-.168
rc_sscm1 Ich habe die seelische Unterstützung von Geistlichen gesucht	1.41	.771	.889	-.169

Anmerkungen. * = Die Korrelation ist auf dem .05 Niveau signifikant (zweiseitig); ** = Die Korrelation ist auf dem .01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Faktor V (3) - Itemstatistik

Items	Mittelwert	Std.- Abweichung	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Spearman-Rho- Korrelation mit HADS_d
rc_pgr1 Ich habe mich gefragt, was ich getan habe, dass Gott mich bestraft	1.77	1.14	.659	.256**
rc_pgr2 Ich war der Meinung, dass Gott mich für meine Sünden bestraft	1.26	.67	.468	.356**
rc_pgr3 Ich hab mich von Gott wegen meiner mangelnden Hingabe bestraft gefühlt	1.17	.56	.640	.225*

Anmerkungen. * = Die Korrelation ist auf dem .05 Niveau signifikant (zweiseitig); ** = Die Korrelation ist auf dem .01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Faktor VI (4) - Itemstatistik

Items	Mittelwert	Std.- Abweichung	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Spearman-Rho- Korrelation mit HADS_d
rc_sdr2 Ich habe mich auf meine eigene Stärke verlassen, ohne Gottes Unterstützung	2.18	1.25	.641	.045
rc_sdr1 Ich habe versucht, ohne Gottes Hilfe selbst mit der Situation zurechtzukommen	2.33	1.23	.669	.112
rc_rf1 (u) Ich habe mich auf meine Religion konzentriert, um aufzuhören, mich über meine Probleme zu sorgen	3.29	1.03	.779	-.141
rc_sdr3 Ich habe versucht, der Situation einen Sinn zu geben, ohne mich auf Gott zu verlassen	1.83	1.12	.759	.114

Tabelle B 3

Bivariate Korrelationen nach Pearson

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. HADS_d									
2. Geschlecht	.06								
3. Alter	.09	.05							
4. Faktor I	-.14	-.17*	.02						
5. Faktor II	.27**	-.12	-.26**	.09					
6. Faktor III	-.10	-.03	.05	.58**	.26**				
7. Faktor IV	-.22**	-.08	.04	.65**	.06	.66**			
8. Faktor V	.34**	-.01	-.22*	.04	.71**	.13	-.05		
9. Faktor VI	.10	.03	-.29**	-.56**	.32**	-.19*	-.35**	.28**	
10. Musik	-.26**	-.14	.01	.65**	-.02	.60**	.81**	-.13	-.34**

Anmerkungen. HADS_d = Skala *Depressivität* der „Hospital Anxiety and Depression Scale“; Geschlecht: 0 = weiblich, 1 = männlich; Faktor I = Aktives Vertrauen, Faktor II = Unzufriedenheit mit Gott, Faktor III = Spirituelle Umorientierung, Faktor IV = Soziale Unterstützung, Faktor V = Bestrafung durch Gott, Faktor VI = Bewältigung ohne Gott; Musik = Skala *Musik*. * = Die Korrelation ist auf dem .05 Niveau signifikant (zweiseitig); ** = Die Korrelation ist auf dem .01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle B 4

ANOVA (analysis of variance)

Modell		Quadrat-summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
1	Regression	17.77	2	8.89	.63	.536 ^a
	Residuen	1516.09	107	14.17		
	Gesamt	1533.90	109			
2	Regression	324.33	9	36.04	2.98	.003 ^b
	Residuen	1209.52	100	12.10		
	Gesamt	1533.86	109			

Anmerkungen: Abhängige Variable: HADS_d_s. ^a Einflussvariablen: Konstante, Alter, Geschlecht; ^b Einflussvariablen: Konstante, Alter, Geschlecht, Faktor I bis VI , Skala *Musik*.

Anhang C

Curriculum Vitae

Diese Seite enthält persönliche Daten. Sie ist deshalb nicht Bestandteil der Veröffentlichung.

Verzeichnis der akademischen Lehrer

Meine akademischen Lehrer waren die Damen/Herren in Marburg:

Aumüller, Barth, Basler, Baum, Bender, Bien, Cetin, Christiansen, Czubayko, Daut, Eilers, Feuser, Gemsa, Gerdes, Görg, Gress, Grzeschik, Gudermann, Herrmann-Lingen, Hertl, Hasilik, Hofmann, Hoyer, Jones, Jungclas, Kern, Kill, Klenk, Klose, Koenig, Kolb-Niemann, Koolman, Kretschmar, Krieg, Kroll, Krones, Kühne, Lang, Lill, Löffler, Lohoff, Maier, Maisch, Mandrek, Mittag, Moll, Müller, Mueller, Mutters, Neubauer, Oertel, Pfützner, Rausch, Remschmidt, Renz, Richter, Riera, Röhm, Rothmund, Schäfer, Schmidt, Seitz, Skrzypek, Steiniger, Vogelmeier, Voigt, Wagner, Weihe, Werner, Wennemuth, Westermann, Wulf.

Danksagung

Bei der Anfertigung dieser Doktorarbeit habe ich von vielen Menschen sehr hilfreiche Unterstützung erfahren. Dafür möchte ich mich an dieser Stelle ganz herzlich bedanken.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Dr. Heinz-Dieter Basler und Herrn Dr. Dirk Lehr, unter deren Anleitung diese Arbeit entstand.

Bei Herrn Dr. Mathias Brinschwitz bedanke ich mich für die Möglichkeit, in seiner Praxis Patienten rekrutieren zu dürfen.

Des Weiteren möchte ich mich bei Dr. Christian Bachmann für viele kompetente Anregungen bedanken.

Bernd Riedel und Sebastian Gorenflo danke ich für das unermüdliche Korrekturlesen und die zahlreichen wertvollen Formatierungshilfen sowie die kontinuierliche moralische Unterstützung.

Und schließlich gilt mein Dank meinen lieben Eltern, Diana und Wolfgang Fix, sowie meiner Schwester Nicole Fix, die mich mit viel Verständnis und tatkräftiger mentaler wie auch finanzieller Unterstützung während meines ganzen Studiums stets begleitet und mir damit auch das Schreiben dieser Arbeit ermöglicht haben.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Medizin Marburg zur Promotionsprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel: „Chronische Erkrankungen und religiöse Copingstrategien“ im Institut für Medizinische Psychologie unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Heinz-Dieter Basler mit Unterstützung durch Dr. Dirk Lehr ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe. Ich habe bisher an keinem in- oder ausländischen medizinischen Fachbereich ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht, noch die vorliegende oder eine andere Arbeit als Dissertation vorgelegt.

Ort, Datum, Unterschrift